



El Dr. Robert Mendelsohn practicó pediatría durante casi 30 años. Fue Director Nacional del Servicio Médico de Consultas del Project Head Start, Presidente del Comité de Licencias Médicas del Estado de Illinois y Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria en la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois. El Dr. Mendelsohn ha recibido numerosos premios por excelencia en medicina e Instrucción Médica.



Publicaciones GEA
Rincón 615
Maldonado - Uruguay



COMO CRIAR UN HIJO SANO...
A PESAR DE SU MEDICO

DR. MENDELSON

DR. ROBERT S.
MENDELSON

COMO
CRIAR
UN HIJO
SANO...

A PESAR DE
SU MEDICO

COMO CRIAR UN HIJO SANO...
A PESAR DE SU MEDICO

DR. MENDELSON



Publicaciones GEA
Maldonado

Título en inglés: *How to Raise a Healthy Child . . .
In Spite of your Doctor.*

Traducción : Mauricio Waroquiers

Derechos: Contemporary Books Inc.
180 North Michigan Av.
Chicago, Illinois 60601
U. S. A.

CONTENIDO

Introducción	ix
Capítulo I — LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS MEJORAN A LA MAÑANA	1
Demostrando la razón por la cual la mayor parte de las enfermedades de la infancia no necesitan tratamiento médico, y que todo tratamiento innecesario causa ma- yor perjuicio que bien.	
Capítulo II — LOS PADRES Y ABUELOS SON MAS SABIOS QUE LOS MEDICOS	7
Uds. como padres son mejores guardianes de la salud de vuestro hijo que el doctor; cómo saber cuando el niño está verdaderamente enfermo; cómo saber cuan- do llamar al médico.	
Capítulo III — COMO PUEDEN LOS MEDICOS ENFER- MAR UN CHICO SANO	19
Imperfecciones de los pediatras; daños causados por tratamientos innecesarios; invalidez de las cartas de crecimiento estandar; razón por la cual deben evitar- se los exámenes físicos de rutina.	
Capítulo IV — COMO PROTEGER A SU HIJO POR NACER	31
Amenazas contra la salud de su niño <i>antes</i> de su con- cepción, durante el embarazo, durante los primeros dolores del parto, durante el parto y en la sala de ma- ternidad.	
Capítulo V — ALIMENTACION APROPIADA PARA LA SALUD Y LA CRIANZA	51
La importancia del amamantamiento; introducción de alimentos sólidos; dieta pre-adolescente; razón para adoptar los alimentos naturales, no procesados y no contaminados por aditivos químicos.	

TALLERES GRAFICOS IMPRESION

Luis A. de Herrera 2796

Tel.: 47 05 91

Hecho el depósito que marca la ley

D.L. 255.328/91

Capítulo VI — LO QUE DEBE ESPERARSE DEL NIÑO.	63
Incongruencias de las comparaciones entre desarrollos físicos y de comportamiento; preocupaciones comunes de padres sobre desarrollo físico y pautas de conducta infantiles; lo que Ud. tiene o no el derecho de esperar como progenitor.	
Capítulo VII — LA FIEBRE: DEFENSA CORPORAL CONTRA LA ENFERMEDAD	73
Explorando los mitos de la fiebre; cuando es demasiado <i>elevada</i> ; ¿deben controlarse las fiebres?; fiebres y convulsiones; fiebre y perjuicio cerebral; valor de la fiebre en la lucha contra la enfermedad.	
<i>Rápida Guía de Referencia para la Fiebre.</i>	
Capítulo VIII — DOLOR DE CABEZA: GENERALMENTE EMOTIVO, PERO EL DOLOR ES REAL	89
Causas de los dolores de cabeza; el dolor de cabeza como síntoma de enfermedad; tratamientos adecuados; necesidad o no del médico.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Dolores de Cabeza.</i>	
Capítulo IX — MAMA, ¡ME DUELE LA BARRIGA!	101
Causas de los dolores abdominales; cuando requieren o no tratamiento; causas emocionales; alergias; apendicitis; venenos.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Dolores Abdominales.</i>	
Capítulo X — TOS, ESTORNUDOS Y NARICES CHORREANTES	111
Hechos sobre el resfriado común y la gripe; sobretratamiento de los síntomas; mal empleo de antibióticos para infecciones virósicas; pulmonía, crup.	
<i>Rápida Guía de Referencia para Tos, Resfrios y Gripe.</i>	

Capítulo XI — LA MITICA AMENAZA DE LA INFLAMACION SEPTICA DE GARGANTA	123
Causas de los dolores de garganta; desconceptos sobre el <i>strep</i> , fiebre reumática y enfermedad cardíaca reumática; precaución ante las tonsilectomías.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Dolores de Garganta.</i>	
Capítulo XII — DOLORS DE OIDO: DOLOROSOS, SI; ¡PELIGROSOS RARAMENTE!	139
Tratamiento para las infecciones de oído; objetos en el oído; remoción de la cera; uso de antibióticos, timpanostomía; la antes temida mastoiditis; aliviando el dolor; cuando debe recurrirse al médico.	
<i>Rápida Guía de Referencia para el Dolor de Oído.</i>	
Capítulo XIII — PROTEGIENDO LA VISION DE SU NIÑO	153
Valor de los exámenes oculares periódicos; lentes para niños; miopía; ojos indolentes; conjuntivitis; orzuelo; mitos sobre los ojos.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Dolores Oculares.</i>	
Capítulo XIV — PROBLEMAS DE PIEL: MALDICION DE LA ADOLESCENCIA	161
Sarpullido de pañal; sarpullido de calor; acné y Acutane; impétigo; eczema; culebrilla.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Problemas Cutáneos.</i>	
Capítulo XV — VERGONZOSOS SECRETOS ORTOPEDICOS	181
Sobretratamiento de las condiciones autocorrectivas; pie plano; piernas arqueadas; piernas de panadero; pies torcidos hacia adentro; dislasia congénita de cadera; escoliosis; mitos sobre el calzado.	
<i>Rápida Guía de Referencia para los Problemas Ortopédicos.</i>	

Capítulo XVI — ACCIDENTES: LUCIMIENTO DE LA MEDICINA 189

Qué hacer cuando se accidenta su niño; cortes y erosiones; quemaduras; lesiones en la cabeza; envenenamientos; esguinces, torceduras y fracturas; ahogos; mordeduras de animales; congelación; accidentes de auto; precauciones en el hogar con artefactos.

Rápida Guía de Referencia para las Lesiones Accidentales.

Capítulo XVII — ASMA Y ALERGIAS — PRUEBE CON DIETAS Y NO CON DROGAS 209

Alergias como causa de enfermedad; tipos de alergias; diagnóstico de causas de alergia; utilización de dietas eliminatorias; peligros de drogas usadas en tratamientos; control del asma.

Rápida Guía de Referencia para las Alergias.

Capítulo XVIII — EL CHICO QUE NUNCA SE ESTA QUIETO 217

Sobrediagnosis de la hiperactividad; peligros de tratamientos con drogas; control dietético de la hiperactividad; aciertos y desaciertos sobre la dificultad de aprender; inadecuación del asesoramiento psicológico y psiquiátrico.

Capítulo XIX — INMUNIZACIONES: ¿UNA BOMBA DE TIEMPO MEDICINAL? 227

Riesgos de las inmunizaciones; ¿son beneficiosas y necesarias?; cuando solicitar tratamiento para las enfermedades de la infancia; síntomas y tratamientos caseros de la varicela, paperas, sarampión, rubeola, tos convulsa, difteria, escarlatina, meningitis, tuberculosis, sids, poliomieltis, mononucleosis infecciosa.

Capítulo XX — EL HOSPITAL: ¿DONDE VAN LOS PACIENTES A ENFERMARSE! 251

Razones para evitar en lo posible la internación hospitalaria para su chico; frecuencia de enfermedades por causa hospitalaria; trauma emocional del niño hospitalizado; cómo protegerlo en el hospital; operaciones innecesarias.

Capítulo XXI — COMO ELEGIR EL MEJOR MEDICO PARA SU CHICO 257

Amenaza por el exceso de pediatras; incentivos psicológicos y financieros del médico para sobretratar al paciente; calificaciones de un pediatra competente y escrupuloso.

Referencias del autor 261

Introducción

Este libro refleja mi creencia de que en pediatría, como en otras especialidades, en los Estados Unidos se practica mucha mala medicina. Sin embargo esto no implica que los médicos sean menos íntegros y compasivos que los demás humanos. Las imperfecciones yacen en la propia filosofía y enseñanza de la medicina, no en el carácter de los educandos.

Los médicos no son culpables sino víctimas, como sus pacientes, del sistema. Son los primeros en perjudicarse por la manía de la educación médica por intervenir en vez de prevenir; por su infatuación por las drogas y tecnología, por los ritos, costumbres, y actitudes egoístas indefendibles que imprime esta educación en todo estudiante que sobrevive su rígido y a menudo irrelevante currículo y aprendizaje. Emergen con sus cerebros tan repletos de desatinos institucionalizados que no queda lugar para el sentido común.

No me exceptúo de esta crítica que formulo a los demás pediatras. Confieso que inicié mi práctica médica creyendo en lo que me habían enseñado, y durante muchos años mis pacientes pagaron el precio por ello. Afortunadamente, quizá por haber comenzado yo mismo a dictar clases a estudiantes de medicina, aprendí a cuestionar muchos de los principios médicos que

habían martillado en mi mente y a sospechar de cada nueva droga, procedimiento quirúrgico e *innovación* médica que aparecía. Pronto descubrí que la mayor parte de éstas no aguantaban una evaluación científica rigurosa y que un porcentaje increíble de *drogas milagrosas* y *procedimientos revolucionarios* pronto desaparecían cuando era obvio que producían más daño que bien.

En mis dos libros previos: *Confessions of a Medical Heretic* (Confesiones de un Médico Herético) y *Male Practice: How Doctors Manipulate Women* (Práctica Machista: Cómo los Médicos Manipulan a las Mujeres), traté de advertir a mis lectores sobre los peligros resultantes de poner una fe ciega en la profesión médica norteamericana. Entonces no era mi propósito, y tampoco lo es ahora, desalentar a mis lectores de solicitar una asistencia médica *necesaria*. A pesar de las imperfecciones de su educación y *entrenamiento*, los médicos *salvan* vidas, y *mejoran* la salud de los enfermos. Son muy eficientes ante el desafío de una emergencia médica pero poco eficientes cuando se consideran obligados — como se les enseñó — a tratar a personas que no están realmente enfermas.

En aquellos libros y en este abrigué la esperanza de advertirle a Ud. sobre las deficiencias de la práctica médica, de forma que estuviera preparado para defenderse contra un tratamiento médico inapropiado y peligroso. Como objetivo subsidiario, razoné que si un número suficiente de pacientes comenzara a cuestionar a sus médicos sobre el tratamiento prescripto, quizá también los médicos comenzarían a cuestionarlo.

Quizá sea una coincidencia, pero gran parte del progreso obtenido puede ser acreditado a otros críticos dentro y fuera de mi profesión, pero hay una fuerte evidencia de que estos objetivos se están alcanzando. Muchos médicos son impulsados por sus pacientes y por los medios publicitarios a cuestionar sus propias creencias médicas. Lo tengo por seguro, porque con frecuencia me lo dicen los colegas y debido a que compulsas entre profesionales indican que un número progresivo de pacientes se niega a tomar las opiniones de su médico por su valor nominal.

Los pacientes han perdido el sentimiento de admiración por sus médicos, son menos dóciles y sumisos. Ya en la imagen

mental del paciente el médico ha extraviado aquella infalibilidad científica. En vez, se ve obligado a descubrir respuestas plausibles para tantas duras interrogantes sobre las drogas que prescribe, los análisis que receta y las operaciones que recomienda. Es fuerte el impacto cuando un médico se halla repetidas veces buscando respuestas defensivas que no puede encontrar.

Muchos médicos que conozco aceptan estos cambios, pero otros se desconciertan cuando se encuentran incapaces de explicar o defender muchas de las drogas y procedimientos que siempre han prescripto en forma rutinaria. Sin embargo en uno u otro caso, la nueva comprensión de las imperfecciones en la práctica médica convencional reditúa cambios constructivos. Cuando el médico se ve forzado a cuestionar su propia conducta, a reconsiderar objetivamente muchas de las cosas aprendidas y a echar una mirada hacia la *prevención* en vez de a la *intervención*, inevitablemente el paciente goza de resultados benéficos.

En los últimos tres o cuatro años han surgido numerosas reformas que constituyen para la medicina un reconocimiento demorado de que los efectos colaterales de muchas drogas son más peligrosos que las molestias que buscan corregir, que la cirugía electiva es a menudo innecesaria y siempre peligrosa, y que los riesgos de muchos análisis, radiologías y exámenes de rutina son mayores que los de las enfermedades que tratan de detectar.

Durante estos últimos pocos años pasados, muchos de los procedimientos más estimados han caído en el descrédito, porque no podían resistir el escudriñamiento público al cual estaban sujetos. Por ejemplo:

- * La Academia Norteamericana de Pediatría ha aconsejado no realizar la administración rutinaria de radiologías de tórax cuando los niños son admitidos en los hospitales, un reconocimiento tácito de los peligros acumulativos en potencia de la radiactividad.
- * Asimismo, la Academia ha revertido su posición sobre el uso rutinario de la prueba de tuberculina, excepto en

Con esta información básica todos los padres pueden asumir un papel más importante para asegurar la salud de sus hijos. Pero esto no significa que debe Ud. asumir el papel de médico, haciendo mal lo que un buen médico sabe hacer bien. A pesar de las deficiencias de las escuelas médicas, los doctores aprenden ciertas técnicas que no debiera practicar el progenitor. Este libro le enseñará lo que necesita saber para atender la mayor parte de las molestias que puedan afligir al niño, pero también para saber cuándo exige la prudencia emplear la habilidad del médico.

Si lee Ud. con cuidado los siguientes capítulos, estos resolverán la mayor parte de sus dudas y temores en todo lo que concierne a la salud de su niño, ayudándole a prepararlo para una vida larga, saludable y feliz!

Dr. Robert S. Mendelsohn
Evanston, Illinois
Noviembre 1, 1983

Capítulo I

LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS MEJORAN A LA MAÑANA

Este libro fue escrito para aquellos padres que desean ser aconsejados sobre cómo criar niños sanos, padres ansiosos por ofrecer al hijo un buen punto de partida hacia la vida sin encomendar todas las decisiones médicas a sus pediatras. Mi propósito es ayudarles a determinar cuándo el niño necesita atención médica y cuándo debe ser evitada porque podrá hacer más mal que bien. También deseo advertirles sobre los peligros emanados de drogas, análisis, radiografías y otros tratamientos que quisiera emplear su pediatra — formas de intervención médica que puedan, en realidad, infligir perjuicios al niño.

El pediatra goza de una ventaja significativa sobre otros especialistas médicos, porque puede explotar la sana tendencia de la mayoría de los padres por preocuparse más por la salud de los hijos que por la propia. Piense Ud. por un momento. ¿Si despierta en medio de la noche con un atroz dolor de cabeza, qué hace? Si es como los demás adultos, probablemente se levantará, tomará una aspirina y volverá a meterse en la cama. Y con toda probabilidad pronto se quedará dormido, sintiéndose bien al despertar de mañana.

Pero considere ahora su reacción si su niño se despierta en medio de la noche con un síntoma similar. Su primer impulso

podrá ser llamar a su pediatra en cuanto pueda alcanzarlo por teléfono.

Si consigue al médico en vez de su servicio de llamada puedo predecir su reacción. Apuesto que preguntará: "¿Tomó Ud. su temperatura?" y luego, sin importar lo que Ud. diga, contestará: "Bueno, no creo que sea algo preocupante. Dele una aspirina y tráigalo al consultorio por la mañana". Ud. cuelga el teléfono, lamentando haber llamado, le da una aspirina a Jimmy que pronto se vuelve a dormir. Y Ud. también. Se siente aliviado cuando Jimmy se despierta por la mañana, exigiendo ansiosamente su desayuno, jovial como siempre. Luego que ha comido, se pregunta Ud. si debe llevarlo al doctor o no, evitándose el esfuerzo y el gasto.

Por lo general, es así como se juega esta escena, y es una mala escena, que los padres deben evitar. Con un simple dolor de cabeza como único síntoma, no había necesidad de llamar al médico, y menos aún de visitarlo con el niño a la mañana. A menos que el chico despliegue alguna enfermedad grave evidente, una visita al médico no rendirá beneficio alguno isino que podrá invitar a intervenciones médicas innecesarias que enfermarán a un niño que hasta el momento goza de buena salud!

Si Ud. ha leído otros libros sobre la crianza del niño, apreciará que el mío es un punto de vista no convencional. La mayor parte de aquellos libros son escritos por doctores, y aún los que reconocen con honestidad la naturaleza auto-limitante en la mayoría de las molestias infantiles, son consecuentes con los otros respecto a una cosa. Sea cual fuere el síntoma o molestia, el corolario es similar: "*Vea a su doctor*". La tesis de este libro, predicada por casi tres décadas de enseñanza y práctica pediátrica no es "*vea a su doctor*". Esto podrá sorprenderle, pero lo que durante estos años he estado aprendiendo es que la vasta mayoría de las enfermedades de la infancia no necesitan para nada una atención médica y que, cuando la reciben innecesariamente, podrá el tratamiento surtir más daño que beneficio. En consecuencia, mi consejo a los padres, basado en una larga observación de la conducta de otros médicos, y mi propia experiencia de tratar a miles de niños es: "*Evite Ud. a su médico siempre que pueda*".

Permitame compartir con Ud. algunas otras premisas, bases de los consejos y recomendaciones que formularé en las siguientes páginas:

- * Por lo menos un 95 % de las molestias que afectan a los chicos *se curarán por sí solas* y no necesitan atención médica.
- * Demasiado a menudo, el riesgo de intervenciones médicas descuidadas o innecesarias es mayor que los peligros de la misma enfermedad.
- * Los pediatras pasan la mayor parte de su tiempo tratando angustias paternas. Rara vez el niño precisa tratamiento aunque de todas formas lo recibe, sujetándose a las consecuencias, y en este caso el aliviado es el padre. Esto es debido a que la mayor parte de los médicos creen que los padres exigen o por lo menos anticipan, que el doctor hará algo por el chico. Lo que realmente necesitan los padres preocupados es la seguridad de que sus hijos no precisan tratamiento cuando no están verdaderamente enfermos. Muchos médicos no se toman el tiempo de tranquilizar a los padres; es más rápido y fácil garabatear una prescripción para el niño.
- * La Madre Naturaleza, madres y abuelas. — sí, aún los padres y abuelos — son los mejores médicos a mano, porque no comparten la compulsión típica del médico por interferir con los esfuerzos y capacidades del cuerpo para auto-curarse.
- * Por lo menos un 90 % de las drogas prescritas por el pediatra son innecesarias y un riesgo costoso para el niño que las toma. Todas las drogas son tóxicas y, en consecuencia, peligrosas de por sí. Más allá de eso, el uso excesivo de drogas por prescripción durante la infancia podrá generar la creencia de que existe "*una píldora para cada enfermedad*". Esto podrá inducir al niño a buscar soluciones químicas para los problemas emocionales en su vida futura.
- * Por lo menos un 90 % de las operaciones infantiles son innecesarias, exponiendo sin necesidad a un riesgo mortal

por la misma cirugía, por la anestesia, o por las infecciones contraídas en el hospital, un medio ambiente inescapablemente repleto de gérmenes.

- * La mayor parte de los pediatras ha recibido poca o ninguna instrucción sobre los fundamentos de la nutrición o farmacología; en las escuelas médicas es poco el énfasis puesto en estos temas vitales. Los pacientes sufren debido a la ignorancia del pediatra sobre el impacto de la dieta y los peligros y efectos colaterales de las drogas que prescribe.
- * Los padres necesitan saber cuándo llamar al doctor, y qué pueden hacer, sin la intervención del médico, para reforzar la capacidad de autocura del cuerpo cada vez que el niño lo necesita.

Comprendo que estaría poniendo sobre sus hombros una carga injusta si simplemente descubriera las imperfecciones de la práctica pediátrica y le urgiera evitar el médico y asumir mayor responsabilidad por la salud del hijo. Una cosa es aceptar este tipo de consejo cuando de la propia salud se trata y otra bien diferente aceptarlo cuando adopta decisiones médicas a favor del hijo amado.

Esta ambivalencia bien comprensible nos deja a merced del pediatra. La mayor parte de los niños vistos por pediatras no necesitan tratamiento, pero a menudo lo reciben de todos modos. El pediatra tiene un fuerte incentivo para que Ud. se sienta mejor porque él trata a su hijo. Esta conducta no cuadra con mis preceptos éticos, pero en la práctica el pediatra que la emplea es recompensado financieramente y psicológicamente por *curar* a un niño que no estaba gravemente enfermo.

Los incentivos financieros derivan del hecho de que un número disminuido de pacientes y una creciente cantidad de pediatras se combinan para cercenar el rédito que genera la práctica del rubro. Para poder estabilizar sus entradas anuales, el médico tiene un incentivo para intervenir con mayor agresividad, efectuando análisis y tratamientos cuestionables que le permitan extraer emolumentos jugosos de cada paciente que trata. Indu-

dablemente este incentivo crecerá en los años futuros, a medida que egresen mayores cantidades de pediatras de las escuelas médicas, lo que no deja de ser un problema para los médicos establecidos en la especialidad.

El incentivo psicológico del pediatra nace de su necesidad por sentir que está haciendo algo productivo. Pero no es tarea fácil cuando la mayor parte de los pacientes que atiende no precisan realmente de sus servicios.

Las compulsas entre pediatras han indicado que muchos no consideran que su labor sea beneficiosa, tanto como un tercio de ellos indica que están considerando seriamente cambiar la dirección de su carrera para obtener un *desafío mayor* o porque se sienten *quemados*. A algunos puede abrumarles la tentación de desplegar sus conocimientos y así ganar el agradecimiento de los padres, aún cuando el tratamiento sea superfluo.

Esta conducta médica indefendible es una verdadera amenaza para su chico. Debe Ud. estar constantemente alerta ante las deficiencias de la práctica pediátrica, de forma de aquilatar el comportamiento del médico y evitar tratamientos peligrosos que su hijo no necesita. Pero saber simplemente cuán errado está el pediatra es poca ayuda cuando el chico tiene un dolor de cabeza o en la barriga o si le tortura una tos — y para culminar, una fiebre. Necesita Ud. cierta capacidad para identificar las condiciones que requieren una atención médica y distinguir las de las que, con toda probabilidad, se curarán solas. Asimismo la mayor parte de los padres necesitan saber más sobre qué tratamientos evitar y hasta rechazar debido a que son inapropiados y potencialmente perjudiciales para cualquier chico.

Como la mayor parte de las enfermedades infantiles responde a las defensas normales del cuerpo que pudieran ser impedidas por un tratamiento médico, por lo general es preferible usar sus conocimientos naturales y no los de un médico. Además, Ud. jugará el papel principal como ayudante del niño, evitando enfermedades ofreciéndole la buena nutrición que necesita y asegurándose de que no consuma los alimentos que no le convienen. La intención de este libro es proveer la información necesaria para agudizar sus conocimientos y ofrecerle suficiente confianza para criar un niño sano.

Capítulo II

LOS PADRES Y ABUELOS SON

MAS SABIOS QUE LOS MEDICOS

A menudo los padres creen que me hago el gracioso cuando les digo que las madres, los padres y abuelos son más capaces que los médicos para atender la salud de su descendencia. Y, no obstante, lo creo firmemente, por razones a la vez simples y profundas.

A menos que haya pasado Ud. el medio siglo y criado en las afueras de las grandes ciudades, es difícil esperar que recuerde el clásico *médico de familia*, ya que hoy está sumamente escaso. Lo recordamos con sentimientos de calor y afecto, porque el médico de familia era una figura amistosa, sensitiva, sin pretensiones, tranquilizadora y compasiva en nuestras vidas.

El doctor de familia de aquella época había estado involucrado íntimamente con nuestras familias durante dos, tres o cuatro generaciones. Conocía a cada uno como personalidades individuales, era sensible a nuestras actitudes, humores e idiosincrasias. Nos consideraba como seres humanos necesitando ayuda y no como casos clínicos para todas las intervenciones tecnológicas y farmacéuticas que hoy en día han substituido los médicos a un cuidadoso examen clínico y al sentido común.

Nuestro *médico de familia* conocía nuestras historias médicas y a menudo también las de nuestros padres y abuelos. La

mayor parte del tiempo nos escuchaba pacientemente, contestaba con veracidad, calmaba nuestros temores y explicaba simple y claramente lo que estaba ocurriendo en nuestros cuerpos y mentes. Su consultorio era cálido, confortable y pacífico, conformándose a su personalidad. Si nos sentíamos demasiado enfermos para visitarlo, nos venía a ver, convencido de que era más adecuado que un médico saludable visitara al enfermo y no que éste lo fuera a ver. No permitía que su educación médica y su ego interfirieran con su humanitarismo y sentido común. Si necesitábamos una píldora, él la producía, pero era más común que calmara nuestros temores y ansiedades con nada más que un poco de confianza y una amistosa palmadita sobre la cabeza dejando que la naturaleza hiciera su labor sin interferencia.

Confieso que quizá a ojos de mi mente haya romantizado un tanto este fantasma atrayente, pero así deberían ser los médicos de hoy en día. Desgraciadamente, pocos lo son, de manera que a Ud., padre o madre, corresponde asumir el papel de atender la salud de su hijo.

¿Cómo puedo afirmar que los padres, sin instrucción médica, sean más capaces que el pediatra para atender la mayor parte de las necesidades médicas de sus hijos? Simplemente porque Uds. tienen la necesaria voluntad de ofrecer su tiempo y atención a sus hijos, y el médico no. Los elementos más importantes en el diagnóstico de la enfermedad son el cambio de comportamiento, aspecto y la historia médica del niño. En su calidad de progenitor tiene Ud. una sensibilidad extrema por las pautas de conducta del chico y nota con rapidez cualquier cambio en su aspecto y está totalmente familiarizado con la historia médica del chico, la propia y probablemente asimismo la de sus propios padres. El típico pediatra cuya línea de montaje vomita 30, 40, ó 50 pacientes por día, no conoce a su chico como Ud. y tampoco tiene tiempo y deseo de conocerlo. Toda esta tecnología — sus análisis, inyecciones y radiologías y drogas y teorías — no substituye, en la mayor parte de los casos, la atención de sentido común que puede proveer Ud. como pariente informado.

Y es por eso que su pediatra nunca podrá ser la autoridad primaria para decidir si su chico está enfermo y por qué no debiera Ud. transferirle tal decisión. Está Ud. mucho más calificado

que el médico para juzgar la condición física del niño, sencillamente porque lo conoce mejor. Ud. vive con sus chicos y observa su comportamiento y aspecto con interés y preocupación, día tras día.

ORIENTACIONES PARA EL DIAGNOSTICO

Si el chico no se siente enfermo, ni parece enfermo, ni actúa como enfermo, con toda probabilidad no está enfermo, o con certeza no suficientemente enfermo como para requerir atención médica. ¿Cuántas veces se sintió tentado de llamar al doctor cuando su hijo se quejaba de un dolor de estómago o de cabeza y cuántas veces se alegró por no haberlo hecho al encontrarlo potreando con sus hermanos una hora o dos después?

Acabo de ofrecerle la primera de tres reglas que puede utilizar para orientarse en un diagnóstico, pero la repetiré porque es la más importante:

REGLA No. 1 — *Si el chico no está enfermo, si su aspecto no es enfermizo, si no actúa como un enfermo, probablemente no esté enfermo.*

REGLA No. 2 — *Ofrézcale a la Madre Naturaleza suficiente tiempo para que obre su magia antes de exponer el chico a los efectos colaterales físicos y emocionales en potencia de los tratamientos que su médico pueda administrar.* El cuerpo humano tiene una capacidad notable para curarse — una capacidad que en la mayor parte de los casos sobrepasa cualquier cosa que pueda hacer la ciencia médica — y no produce efectos secundarios indeseables.

REGLA No. 3 — *El sentido común es la herramienta más útil para tratar una enfermedad. Es menos probable que la use el médico, y ciertamente con menor habilidad, ¡porque eso no es lo que le enseñaron en la escuela médica!*

Concedo que existen enfermedades poco frecuentes de naturaleza crítica para las cuales es esencial un tratamiento médico, pero cuando de niños se trata son más una excepción que una regla. La interrogante obvia es ¿cómo pueden determinar los padres si el caso es grave o no?

La respuesta es que no siempre uno puede saberlo y, en lo

que a esto respecta, tampoco lo sabrá el médico. Para cuando termine de leer este libro, podrá determinar el grado de gravedad de la mayor parte de las molestias que sufra el chico y sólo precisará consultar un doctor en un número limitado de circunstancias, cuando exista una duda.

Tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina he observado que la mayor parte de los médicos son muy competentes al tratar pacientes verdaderamente muy enfermos y muy incompetentes al atender los que se encuentran bien. Esta es la falla básica en la educación médica. En este sentido, tanto el estudiante de medicina como el interno pediatra aprenden bien poco de como mantener sano a un niño, porque su educación comienza por la premisa de que todo aquel que llega a su consultorio necesita tratamiento.

En la escuela médica el estudiante recibe unos tres meses de instrucción pediátrica, dedicada principalmente a la discusión de enfermedades de la infancia, importantes hace varias décadas cuando se redactó el currículo, pero que ahora virtualmente han desaparecido. El estudiante absorbe mucha información tendenciosa sobre inmunizaciones, pero muy poco sobre farmacología, a pesar de que como practicante convertirá en adictos a más chicos que el pasador de drogas más diligente de la ciudad.

Sobre un total de 4 años, sólo se dedican específicamente 60 horas a la farmacología en una escuela médica típica y absorbiendo informaciones irrelevantes sobre teoría farmacológica abstracta. Y al final, la mayor parte de lo que los médicos conocen sobre las drogas que administran a sus pacientes se lo enseñan los corredores y promotores farmacéuticos, conocidos eufemísticamente como *propagandistas*.

A LOS MEDICOS NO SE LES ENSEÑA LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICION

Virtualmente hablando, nada se hace en la escuela médica para enseñar al estudiante que la nutrición puede ser, a menudo, el elemento más importante del diagnóstico y tratamiento. En consecuencia, inician su práctica desconociendo que las alergias alimentarias son la causa primaria de numerosas enfer-

medades infantiles y que una nutrición adecuada es la base de la buena salud. Este desconocimiento los impulsa a usar drogas para tratar enfermedades que podrían curarse con un simple cambio de dieta.

Si el estudiante de medicina tiene la oportunidad de obtener alguna breve experiencia práctica en una clínica para bebés, poco aprenderá sobre el verdadero mundo de la medicina en el que pronto ha de ingresar. Pasará virtualmente todo su tiempo administrando inmunizaciones, repartiendo píldoras de vitaminas y distribuyendo muestras de fórmula infantil suministradas por el distribuidor del laboratorio. Los pacientes que ve han llegado a la clínica para recibir exámenes físicos de rutina, de manera que raramente verá un paciente realmente enfermo y no le enseñan a reconocer uno que lo está.

A los médicos bisoños se les enseña a mofarse de los practicantes de medicina holista, de la terapia nutricional, y de cualquier otra forma de atención médica que no requiera un doctorado. Aprenden a denostar el *curanderismo*, pero ninguno les señala la abundancia de *curanderismo* que existe en la propia medicina convencional. ¿Cómo puede cualquier médico racionalizar condenando a los que tratan pacientes con Laetrile, cuando él mismo fue culpable de recetar Bendectin, Oraflex, Zomax o Talidomida a sus pacientes, hasta que fueron retiradas del mercado debido al perjuicio que se les atribuía?

Lo poco que los médicos aprenden sobre el amamantamiento, la más eficaz protección a largo término que pueda obtener un niño, es generalmente enseñado por médicos del sexo masculino que, por razones obvias, tienen poco interés o experiencia en esta función vital. A pesar de su enorme influencia en el desarrollo y posterior salud del bebé, que discutiré más adelante, sólo escuché una charla sobre la lactancia materna durante mis cuatro años en la escuela médica. Pero los fabricantes de alimentos de fórmula estaban bien despiertos mientras dormían mis instructores, y me lavaron el cerebro con un diluvio de literatura que suministraban para vender sus productos.

Lo que sí aprende el estudiante en la escuela médica parece relacionado tanto a como tener éxito en los negocios como a mantener la salud de sus pacientes. Se les enseña a *comportarse*

como médico; a proyectar la apariencia y porte de omnipotencia, de forma que sus pacientes los admiren.

Podrá Ud. asumir que las fallas de adecuación de la escuela médica son sobrepasadas durante el término de residencia pediátrica, pero no es así. Allí el interno atiende a los pacientes hospitalizados y aprende a usar cañones para atacar mosquitos, debido a la enfatización por peligrosas tecnologías diagnósticas, cirugía y otros procedimientos drásticos típicos de la rutina hospitalaria. Y aún así recibe poca o ninguna experiencia para enfrentar la vasta mayoría de enfermedades infantiles que necesitan atención pediátrica. Esto, en práctica privada, se traduce en un apremio por reaccionar en exceso ante enfermedades simples con formas dramáticas de intervención; es un peligro que exige vuestra constante vigilancia. A través de este libro lo especificaré en varias ocasiones.

Cuando completa su residencia y abre su primer consultorio, el pediatra típico está pobremente educado y es profundamente inexperto. Sabe muy poco sobre los riesgos de los tratamientos drásticos que administra, los efectos colaterales de las drogas que prescribe, los riesgos de la cirugía que ordena o ejecuta, la posible inexactitud de los análisis sobre los cuales depende, o las deficiencias en la tecnología médica que emplea. Virtualmente nada sabe sobre las cosas en la atención pediátrica — el impacto de los factores nutricionales, alérgicos, psicológicos y emocionales sobre el bienestar de sus pacientes.

Lo cierto es que el pediatra pasa la mayor parte de su tiempo tratando pacientes que no necesitan tratamiento, refiriéndolos en su mayoría a otros especialistas cuando están dañados o gravemente enfermos. En realidad, el hecho de referir sus pacientes a otros especialistas es una parte tan integral de su función que a veces dentro de la profesión médica, se le llama *gerente de acceso*.

Debido a que he sido pediatra durante tanto tiempo, es poca la convicción que conservo sobre si es necesario un especialista para ejecutar esta función. La mayor parte de las enfermedades infantiles puede ser tratada competentemente dentro del hogar por padres informados y atentos. Cuando un tratamiento médico es indicado, puede ser suministrado también por practicantes

de medicina general o de familia o por especialistas. De hecho, y dada la oportunidad, una enfermera puede ejecutar igualmente bien cualquiera de esas funciones. Esta es, en realidad, la práctica en numerosos países que sólo tienen un puñado de pediatras y que no obstante producen mejores soluciones médicas que en los Estados Unidos.

Podrá parecer anómalo, pero estas soluciones son mejores debido *precisamente* a que hay pocos pediatras. En esos países los niños son más saludables porque hay menos intervención médica y, en consecuencia, menos exposición a drogas y tecnologías médicas potencialmente perjudiciales. Aunque las escuelas médicas de los Estados Unidos enseñan muy poca farmacología a sus estudiantes, lo que sí les enseñan es a explotar todas las nuevas drogas y tecnologías médicas disponibles. Casi a diario aparecen nuevas drogas y equipos, vomitados por los laboratorios de la industria farmacéutica y los fabricantes de equipos médicos. Muy a menudo no han sido probados y son potencialmente peligrosos.

La mayor parte de los padres presumen, como tienen el derecho de hacerlo, que pueden fiarse en la F.D.A. (Food & Drug Administration) federal para retener fuera del mercado las drogas hasta que se hayan probado seguras para uso humano. La mayor parte de los médicos, pero *sin derecho* porque saben que no es así, operan también sobre esa premisa. Esta confianza en la F.D.A. es una equivocación, porque virtualmente todas las drogas son enviadas al mercado sin pruebas humanas apropiadas o significativas. En ciertos pacientes pueden producir efectos inmediatos o a corto plazo no descubiertos. La mayor posibilidad es que tengan efectos acumulativos o a largo plazo, cosa que discutiré *más ampliamente* en otro capítulo. Estos efectos a largo plazo *nunca* son conocidos cuando se introducen las nuevas drogas y quizá sólo después de pasar algunas décadas, para cuando muchas víctimas ingenuas hayan sufrido perjuicios desconocidos.

La historia de la medicina, tanto en los Estados Unidos como en otros países, está repleta de ejemplos de drogas aprobadas

para uso humano y luego retiradas del mercado sólo después de que incontables víctimas mostraron la evidencia del daño causado. Podrá Ud. recordar algunos de los ejemplos más sensacionales — Des, Mer 29, Talidomida. Para agravar el problema, aunque la F.D.A. tiene el poder de retener la salida al mercado de las drogas no probadas, virtualmente no tiene autoridad para forzar su remoción una vez aprobadas. Asimismo carece de un mecanismo eficaz de vigilancia una vez lanzadas las drogas al mercado, que alertaría tanto al mercado como al público sobre la aparición de sus efectos destructivos. Por tal razón a menudo las drogas peligrosas son denunciadas públicamente en Europa, donde se ejercita una vigilancia posmercado que pone sus riesgos en evidencia.

POCAS VECES LOS MEDICOS INVESTIGAN LAS DROGAS QUE RECETAN

Son verdaderamente escasos los médicos que investigan las pruebas efectuadas en drogas o tratamientos antes de comenzar a usarlas en sus pacientes. Aún cuando existan algunas dudas sobre drogas comúnmente usadas, la mayor parte de los médicos no les prestan atención. Los fabricantes de varios de los fármacos que prescriben los médicos con mayor frecuencia para niños recibieron la orden del F.D.A. de ofrecer pruebas de que son seguras y efectivas o de retirarlas del mercado. Los fabricantes han estado desde hace años en un juego de tira y afloje con el F.D.A., mientras continuaban vendiendo esas drogas. En la mayor parte de los casos aún deben probar que dichas drogas son inocuas, pero igual las siguen prescribiendo. Y no estoy hablando de un puñado de drogas sino, literalmente, de cientos.

Parece casi increíble, pero en los Estados Unidos los padres gastan millones de dólares cada año en fármacos que sus médicos han prescripto sin evidencia de su eficacia o seguridad o, peor aún, ante alegatos responsables de que no lo son. De las 30 drogas declaradas ineficaces por el F.D.A. que fueron más frecuentemente prescriptas en 1979, más de la mitad — incluyendo las 3 principales — a menudo son prescriptas para niños. En la lista figuran Dimetapp, Actifed, Donnatal, Ornade Spansules,

Expectorante Fenegan, Tuss-Ornade, Expectorante Fenegan VC con Codeína, Expectorante Actifed C, Bentyl, Expectorante Fenegan Simple, Jarabe para la Tos Benylin, Marax y Expectorante Marax DF, Dimetane, Expectorante Ambenil, Expectorante DC Dimetane y Teldrin. La próxima vez que su médico prescriba una de estas para su chico, pregúntele por qué está usando una droga que el fabricante no ha podido confirmar como aceptable.

Durante los primeros años de mi práctica, cuando aún era suficientemente ingenuo para creer lo que me habían enseñado en la escuela médica, fui culpable del mismo tipo de conducta. Durante mi residencia pediátrica me enseñaron a usar rayos X para tratar amígdalas, acné, tiña del cuero cabelludo y expansión de glándulas linfáticas y del timo. Nadie me advirtió que debía preocuparme por las consecuencias a largo plazo de estos tratamientos, ni tampoco se me ocurrió cuestionar la posibilidad de que pudieran perjudicar el futuro de mis pacientes. En aquel tiempo tomé todo con fe y anticipaba que también lo hicieran mis pacientes. Hoy esto me avergüenza y sospecho de cualquier nueva moda médica, porque aquellas radioterapias fueron responsables de una epidemia virtual de cáncer tiroideo entre las personas que las recibieron. El perjuicio efectuado aún sigue descubriéndose a diario. Y lo más trágico es que en el caso de expansión de glándulas linfáticas y del timo, no tratábamos enfermedades. Con el tiempo, su tamaño disminuía sin tratamiento, en el orden natural de las cosas.

¿Quién sabe cuáles serán las consecuencias futuras de las cosas que hoy instruyen a los internos pediatras? Les enseñan a usar las pruebas de Ghelin o de Huppert para tratar ictericia infantil, timpanostomía para infecciones de oído, antibióticos para casi cualquier cosa, hormonas para controlar el crecimiento, poderosas drogas para modificar el comportamiento infantil y otros fármacos, pruebas, inmunizaciones y procedimientos de efectos desconocidos a largo plazo. Aún deberán revelarse plenamente las consecuencias, pero si Ud. examina los desastres anteriores que contaminan la ruta del *progreso médico* puede estar seguro de que habrá muchas y trágicas.

Si existe un supuesto sobre la práctica médica, es que los

doctores nada han aprendido de sus errores y que en su mayor parte parecen olvidar el principio básico del juramento hipocrático *ante todo, no dañarás*. Los médicos causan mucho daño, pero a través del tiempo, la estructura misma de su educación médica los insensibiliza al perjuicio que pueden causar.

Hace poco dijo Daniel Borenstein de la Escuela de Medicina UCLA: *"Queremos que nuestros médicos sean cuidadosos y sensitivos, pero si son excesivamente cuidadosos, es difícil para ellos continuar funcionando. A través de la escuela médica ocurre un endurecimiento espiritual"*.

El residente pediátrico podrá volverse muy eficiente en ciertos procedimientos mecánicos ejecutados con frecuencia en los hospitales, tales como insertar agujas en las venas y arterias, practicando punciones lumbares y aun insertando tubos traqueales y bronquiales. No obstante estas habilidades disminuyen rápidamente luego de dejar el hospital y no las vuelve a usar. Pasados uno o dos años, uno no puede depender de que conserve muchas de las habilidades aprendidas. Afortunadamente para él y para sus pacientes, es poca la diferencia, porque raramente necesita usarlas. Fueron enseñadas típicamente mientras que en las clínicas pediátricas trataban a niños víctimas de privación económica, higiene adecuada y desnutrición y que, en consecuencia, sufrían de molestias raramente vistas ahora en las prácticas de clase media y afluentes. Como la mayor parte de los pediatras se dirigen hacia donde hay dinero, es poca la oportunidad que tendrán de continuar tratando niños pobres cuando ingresan en la práctica privada. De hecho, la mayor parte del tiempo estarán tratando chicos que no precisan tratamiento porque no están gravemente enfermos.

LO QUE SE ENSEÑA A HACER AL MEDICO CUANDO SE EQUIVOCA

Como parte de mi preparación para ingresar en la práctica privada, durante mi internación pediátrica me enseñaron qué hacer si cometiera algún terrible error. No me enseñaron lo que debía decirles a los padres del chico como para que pudieran manejar más adecuadamente su dolor, ni tampoco me instruyeron

normas éticas a las cuales adherir. En vez, me advirtieron que llamara inmediatamente a mi asegurador por malpraxis para que él me dijera cómo proceder. Si algo tenía que decir públicamente con respecto a un error doloroso — quizás fatal — era la frase mágica: *"Lo que le ocurrió a este pobre niño es una probabilidad en un millón"*.

Y es por eso que, si algo sale mal, a menudo Ud. escuchará a un médico decir: *"Fue el caso de uno en un millón"*. En Toronto ocurrió el famoso caso de Stephen Yuz, que ingresó en el Hospital para Niños Enfermos y allí diagnosticaron con vómitos psicológicos. Murió unos días después debido a una obstrucción intestinal. Por supuesto, se trataba de uno en un millón, como lo fue la muerte de un chico de Chicago como resultado de una prueba de asma.

En este capítulo he tratado de disuadirle de poner una fe ciega en su pediatra, y de recordarle que cuando solicita atención médica debería ser el último recurso — no el primero — cuando su chico se enferma. Gran parte de las enfermedades de ción médica debería ser el último recurso — no el primero — cuando su chico enferma. Gran parte de las enfermedades de la infancia responderán a las defensas naturales del cuerpo fortalecidas por su propia habilidad, cuidado amoroso y sentido común.

Capítulo III

COMO PUEDEN LOS MEDICOS ENFERMAR UN CHICO SANO

Si Ud. piensa en los contactos que ha tenido con médicos, sospecho que se sorprenderá al descubrir que dichas relaciones son diferentes a cualquier otra con quien le provea un servicio. La típica relación doctor — paciente se revela en una frase que se ha convertido en parte del lenguaje, las *órdenes del médico*. Los médicos dan *órdenes* a sus pacientes; mientras que el abogado, contador, y otros profesionales, *aconsejan*.

Cuando Ud. lleva el hijo al pediatra, éste ejecuta un examen físico que demasiado a menudo es superficial en vez de profundo; ordena análisis y radiologías; decide el curso del tratamiento requiriendo a menudo drogas; y a veces lo remite a un hospital por un tiempo prolongado. Hace todo esto dando un mínimo de explicaciones, sin solicitar su aprobación y generalmente sin advertirle sobre los riesgos y efectos colaterales en potencia del tratamiento que ofrece, y sin darle una estimación del costo. Cuando todo pasó cuenta con recibir su dinero, aunque el diagnóstico esté errado, o si no ha funcionado el tratamiento y todavía el chico está enfermo. En pocas palabras, los médicos tienen un mínimo de responsabilidad por lo que hacen.

En los Estados Unidos la gente está claramente a merced de sus médicos y Ud. como padre aún más porque su preocupación

por un niño que no puede tomar sus propias decisiones lo vuelve especialmente vulnerable a Ud. A su vez, el hijo se vuelve vulnerable a un tratamiento a menudo doloroso y debilitante. Como al estudiante de medicina se le enseña a sumergir su impacto emocional al sufrimiento humano, simplemente no presta atención al padecimiento que inflinge y al perjuicio que pueda causar su tratamiento.

Entre médicos como grupo, considero que el pediatra es el más peligroso debido a que aparece como el más benigno. Muy a menudo la imagen del pediatra es la de un profesional sonriente, bueno y dedicado que, junto con sus prescripciones, ofrece globos y chupetines al chico. Escapa sin merecerlo del oprobio que a veces le endilgan al obstétrico y al cirujano, que tienen mayor posibilidad de ser considerados insensibles y materialistas.

POR QUE SON PELIGROSOS LOS PEDIATRAS

En mi opinión, la confianza inspirada por los procedimientos pediátricos es inmerecida, porque tiende a enmascarar los elementos de la práctica pediátrica que amenazan a su hijo. Permítame recitar brevemente algunas de las razones por las cuales considero que los pediatras son peligrosos y más tarde, y en mayor detalle, describiré algunas de las más graves prácticas.

1. El pediatra sirve como reclutador para la profesión médica. Adoctrina a su niño desde su nacimiento en una dependencia vitalicia por la intervención médica. Comienza con una sucesión de *cheques del bebé* e inmunizaciones, ambas innecesarias y luego lo someten a un examen médico anual de rutina y a interminables tratamientos por molestias menores que desaparecerían solas naturalmente.
2. El pediatra es, entre todos los especialistas, el que tiene menor probabilidad de advertir a los padres sobre los efectos colaterales en potencia de los fármacos y tratamientos que prescribe. ¿Cuál pediatra informó jamás a una madre de la vinculación entre los altos niveles de plomo sanguíneo y el SIDS (Síndrome de Repentina Muerte Infantil)? ¿Qué pediatra hasta presionado para hacerlo debido a revelaciones de los medios publicitarios,

¿cómo advirtió a los padres sobre el riesgo de epilepsia y retardo mental infantil asociados con las inmunizaciones que ellos ejecuta? ¿Qué pediatra informa a los padres que los antibióticos deberían reservarse para casos de ninguna otra opción aceptable y que su uso frecuente e indiscriminado puede tener consecuencias adversas para el hijo?

3. La manera salvaje de prescribir poderosas drogas adoctrina al niño desde su nacimiento con la filosofía de *una píldora para cada enfermedad*. Esto podrá llevarlo a la creencia ciega de que existe una droga para tratar cada condición y a creer que las drogas representan una respuesta adecuada en cada caso de sentimientos normales de frustración, depresión, ansiedad, falta de adecuación, inseguridad, etc. Los médicos son *directamente* responsables por atrapar a millones de niños con drogas prescritas. Son también *indirectamente* responsables por la psicosis de millones más que se vuelcan a abusar de las drogas ilegales porque a una tierna edad les enseñaron a pensar que las drogas curan todo — incluyendo condiciones psicológicas y emocionales — lo que les ocurre.

4. La pediatría figura entre las especialidades médicas peor pagadas. En consecuencia, y debido a que tiene mayor necesidad del rédito que genera, el pediatra tiende, más que cualquier otro de los demás médicos, a ordenar radiologías y análisis innecesarios. Para el paciente los riesgos son dos: primero los efectos perjudiciales en potencia derivados de análisis y radiologías; segundo, el peligro de que pueda recetarse un tratamiento inadecuado debido a que el pediatra descartó la evidencia clínica al realizar su diagnóstico, dependiendo de resultados analíticos que demasiado a menudo no son confiables.

5. Los pediatras están tan acostumbrados a ver pacientes que realmente no enfermos que a menudo no saben reconocer a los que lo están. Yo he sido testigo experto en numerosos casos juicios por malpraxis que confirman lo dicho. Muchos pediatras certificados han desestimado condiciones amenazantes de importancia porque olvidaron lo que necesitan observar en un niño enfermo y desconocieron los signos y síntomas que debían alertarles de una condición grave.

La meningitis es un ejemplo destacado de estos descuidos, porque hoy en día constituye una rareza en pediatría. Solía ser un 95 % fatal y ahora un 95 % curable, pero sólo si el pediatra reconoce los síntomas e identifica la enfermedad a tiempo. A cada pediatra se le enseña durante su internación a diagnosticar la meningitis. De hecho, es una de las pocas cosas realmente útiles que se le enseña. Pero a menudo esta lección queda olvidada después de años de examinar una procesión de niños saludables. Para empeorar las cosas, el pediatra se acostumbra tanto a tratar enfermedades que no existen que cuando diagnostica apropiadamente a un chico enfermo, puede ya haber olvidado el tratamiento correspondiente.

6. Como para gozar de una práctica remunerativa, el pediatra ve a mayor cantidad de niños, no pasa suficiente tiempo con cada uno para diagnosticar y tratarlo como es debido. Todo médico competente sabe que un 85 % de un diagnóstico correcto se basa en la historia del paciente, 10 % sobre un examen físico a fondo y el resto en análisis de laboratorio y radiología. Toma por lo menos entre media y una hora para recibir adecuadamente una historia y llevar a cabo un examen físico a fondo. Los pediatras se toman por lo general 10 minutos con un paciente, fallando así en discernir lo que necesitan saber para realizar un diagnóstico adecuado, porque sencillamente no se toman el tiempo necesario. El resultado son diagnósticos a la violeta, en los cuales el hábito remplaza un juicio correcto basado en un examen cuidadoso.
7. Los pediatras son, entre todos los especialistas, los que más fácilmente pueden aumentar sus ingresos promoviendo y defendiendo las leyes que obligan a que los pacientes utilicen sus servicios. Los pediatras y no los políticos, son responsables por el uso obligatorio de nitrato de plata o gotas de antibiótico en los ojos del recién nacido, exámenes físicos escolares compulsivos que proveen oportunidades para *diagnosis creativas* de enfermedades inexistentes, partos obligatorios en hospitales y utilización de tratamientos objetados por los padres. En forma creciente

no existe la posibilidad de que uno de los peligros inherentes de llevar su chico al doctor sea que se lo quiten y pongan al niño bajo custodia del Estado si Ud. se niega al tratamiento que exige el médico. En años recientes he atestiguado

a favor de padres en numerosas acciones legales de este tipo. El tipo de lo que el doctor o los enfermeros si no lo ve. A la 4.8. Los pediatras son los mayores enemigos de la lactancia al pecho materna, a pesar de la evidencia incontrovertible de que ella constituye una de las formas más eficaces de asegurar la salud futura de su hijo. Aunque *La Leche League* comienza a contrarrestar la influencia que los fabricantes de alimentos de fórmula tenían sobre los pediatras, muchos de los médicos fallan en alentar activamente el amamantamiento. No me referiré a todas las razones para esto, pero es

5. Digno de notar que el auge de la especialidad pediátrica en los Estados Unidos puede atribuirse, en gran medida, al apoyo financiero de los fabricantes de alimentos de fórmula, que desde largo tiempo han usado a los pediatras como distribuidores no gratificados.

6. 9. Los pediatras apoyan tácitamente la inconsciente intervención obstétrica que perjudica a los niños físicamente e intelectualmente. Protegen el papel del obstétrico por producir una gran parte del daño visible. Cuando un padre tiene un niño con un defecto congénito y pregunta al pediatra si es posible que el obstétrico pueda ser responsable, recibirá una respuesta enseñada durante el período de internación pediátrica: "No mire hacia atrás, sólo hacia adelante." Las prácticas obstétricas peligrosas que producen retardo, incapacidad escolar y anomalías físicas desaparecen o disminuyen en unos pocos años si los pediatras tuvieran el valor y objetividad suficientes para culpar a los obstetras, porque a menudo son culpables.

A pesar de toda esta evidencia de esfuerzos negativos evidenciados por la atención pediátrica, persiste el mito de que los niños norteamericanos gozan de mejor atención médica debido a nuestra abundancia de pediatras. Esta creencia es doblemente errónea. En primer lugar, las estadísticas de mortalidad infantil revelan que los niños de los Estados Unidos son menos saludables

que los de muchas otras naciones desarrolladas que cuentan con menos pediatras. Son aún menos saludables que los niños de algunos países subdesarrollados. Segundo, la razón por la cual la salud de nuestros niños no es tan buena puede muy bien ser *debida* a nuestra abundancia de pediatras.

A pesar de la evidencia por lo contrario, la política de salud pública en los Estados Unidos se basa en la premisa de que el grado de acceso a la asistencia médica determina la salud de la población. Los médicos han conseguido convencer a los políticos sobre este particular, aún cuando no puedan probarlo. Considero que mientras existan servicios médicos de emergencia, el acceso a la atención médica *de rutina* tiene probablemente un efecto negativo sobre la salud. Lo hemos visto ocurrir en California, Saskatchewan, Israel y otros lugares: "*¡Cada vez que hay una huelga de médicos, desciende la tasa de mortalidad!*".

LA CLAVE PARA LA SALUD: *¡ ALEJESE DE LOS MEDICOS !*

La mejor forma de criar un hijo sano es mantenerlo lejos de los médicos, excepto en casos de emergencia cuando ocurre un accidente o una enfermedad grave y obvia. Si su chico evidencia síntomas de enfermedad, vigile estrechamente su condición, pero no solicite ayuda médica hasta que aparezcan indicaciones claras de una enfermedad grave. En su mayor parte, los médicos parecen no saber que el cuerpo es una máquina asombrosa con una capacidad extraordinaria para repararse sola. Si Ud. lleva al chico a su médico, es probable que no permita que esto ocurra. En vez, interferirá con las defensas naturales del cuerpo, dándole un tratamiento a su chico que no necesita y que no debería recibir, con efectos colaterales que su cuerpo no está capacitado para enfrentar.

Si se convence Ud. de aceptar mi consejo y evitar al médico siempre que tenga sentido hacerlo, aprenderá a sortear las trampas que la medicina pediátrica ha colocado para su hijo. La primera de éstas es la *revisación* — un rito acariciado por el pediatra que amplía sus ingresos pero que no hace nada constructivo para su chico. El peligro de estas revisiones es la propensión

de los médicos — herencia de la escuela médica — de descubrir enfermedades donde no las hay. El diagnóstico lleva, por supuesto, a un tratamiento que puede enfermar a su hijo.

El momento indicado para llevar el chico al doctor es cuando está realmente enfermo, no cuando está bien. Si su pediatra solicita que lleve el chico para una revisión de rutina, sobre una base mensual, bimensual o cualquier otra, debe preguntarle cual es la razón y si es necesario. Y solicítele si conoce cualquier estudio objetivo indicando que esta práctica surtirá algún efecto favorable para la salud del chico. Nunca lo he visto; y creo que tampoco pueda afirmarlo algún pediatra.

Aunque grupos profesionales han recomendado que el mérito de la atención médica preventiva pueda ser validado llevando a cabo estudios controlados que observen a pacientes durante muchos años, es poca la investigación realizada. Los tres estudios que he visto no ofrecen apoyo a los pediatras que exigen a sus pacientes visitas regulares. Los estudios concentrados individualmente sobre la salud general, pautas de comportamiento y capacidades escolares y estatus de desarrollo parecen ser los objetivos de dicha investigación. Como se informó en la revista *Pediatrics*: "Medidos positivamente, ninguno de estos estudios facilitó evidencia de que los servicios preventivos ofrecidos afectaran los resultados".

Por falta de evidencia de que las revisiones periódicas mejorarán la salud de su chico, le sugeriría las evitara, junto con los riesgos de tratamientos innecesarios, que presuponen ahorrar tiempo y dinero. En todos mis años como pediatra *no recuerdo haber descubierto una sola enfermedad, durante una revisión, que no hubiese sido revelada a tiempo estudiando cuidadosamente la visita inicial del niño y por desarrollos subsiguientes de síntomas observables*. Lo discutiré con más detalle en otro capítulo.

Las *revisiones periódicas* son inútiles por su propio carácter esencialmente superficial, y es así que el médico sabe, en lo profundo de su ser, que son una pérdida de tiempo. Otro estudio realizado en Pittsburgh reveló que los pediatras practican revisiones en un promedio de tiempo de 10 minutos y luego aconsejan sobre el desarrollo del niño, problemas en potencia, y

asuntos similares en un promedio de 52 segundos. Se han informado hallazgos similares en Nueva York, Baltimore, Seattle, Los Angeles y Rochester.

Ningún médico puede diagnosticar una enfermedad asintomática en 10 minutos, ni tampoco, ofrecer algún consejo constructivo en 52 segundos. Si mi chico fuera el paciente, ni siquiera le daría al médico la oportunidad de demostrarlo.

Cuando su hijo penetra en un consultorio pediátrico para ser examinado, invariablemente se lo somete a mediciones de altura y peso, generalmente tomados por una enfermera o un practicante. Esto forma parte del rito de la Medicina Moderna, desarrollado para hacerle ver a Ud. que le dan el valor de su dinero. La primera vez los padres esperan nerviosamente mientras que la enfermera coloca el movedizo bebé sobre la balanza y luego solicita que le tenga las piernas para medir su altura. Papá y Mamá suspiran aliviados cuando finalmente aparece el pediatra, chequea las mediciones en una tarjeta y les anuncia que su bebé se está desarrollando *normalmente*. Pueden empezar a preocuparse si, a la inversa, se les dice que el bebé ha ganado poco o demasiado peso.

Lo que el médico no les dice es que este rito no guarda el menor significado médico. Tampoco se les dice a los ansiosos padres que con toda probabilidad el origen de la tabla de crecimiento proviene de un fabricante de alimentos de fórmula que se la regala a los médicos. Esto conduce a la interrogante básica: ¿Por qué los fabricantes de alimentos de fórmula están tan ansiosos por que su médico revise el peso del bebé? Respuesta: Porque el aumento de peso de un bebé amamantado puede no equipararse a los pesos promedio en la tabla producida por el fabricante de fórmula. Abrigan la esperanza de que el pediatra, en vez de asegurar a la madre que esto es normal y no amenazante, le diga que deje de amamantarlo y le venda su producto, publicitado en la dichosa tabla. Demasiado a menudo, esto es lo que hace, y en consecuencia, se le niega al bebé la inmunidad y otros beneficios derivados de la lactancia materna.

Durante por lo menos medio siglo, los médicos de los Estados Unidos han estado dependiendo de unas normas de pesos y medidas para constatar la salud de pacientes de todas edades.

Para los niños más grandes y adultos, la tabla más comúnmente usada fue desarrollada por la Metropolitan Life Insurance Co., revisada en 1959. El pediatra compara el peso y altura de su chico con las medidas de la curva promedio de medición. Si el niño se encuentra en uno u otro lado del espectro, se lo definirá como *anormal*. El médico confunde al paciente evaluándolo en base a un valor estadístico teórico.

POR QUE LAS TABLAS DE PESOS Y MEDIDAS SON ENGAÑOSAS

Esta evaluación es engañosa porque estas tablas están basadas en un promedio para un grupo de sujetos que puede no ser comparable — desde un punto de vista ambiental, racial o genético — con su hijo. El doctor asume que, a menos que su hijo esté cerca de un 50 % dentro de la tabla, es demasiado delgado o gordo, demasiado alto o bajo. Si las medidas se apartan mucho del centro, puede aprovechar la oportunidad para tratar al niño.

Esta práctica indefendible me recuerda una definición que escuché una vez respecto al papel de los abogados, cuya función era *hacer surgir dudas en su cliente, que el abogado puede resolver en un largo período de tiempo con gran provecho para su bolsillo*. Eso es lo que ocurre cuando un pediatra utiliza las variaciones entre peso y altura *normales*, como excusa para tratar a su hijo.

Toda comparación entre niños individuales con estas tablas estandar no tiene valor científico por la simple razón de que no son válidas. Mientras escribo esto, está sucediendo un debate ruidoso sobre las tablas de la Metropolitan Life, que muchos médicos desafían como definiendo los pesos de adultos en 5 - 10 kilos demasiado bajos. Parece que la Metropolitan responderá a esta crítica subiendo las normas de peso y esto suscita el desafío de otro grupo de médicos. Sea cual fuere el resultado, una cosa es segura. Los médicos continuarán descartando esta historia y seguirán comparando a un niño con cualquier norma que se determine, como si tales medidas hubiesen sido entregadas por un Poder Más Elevado y esculpidas a fuego sobre una piedra.

Los estudios demostraron que las tablas de pesos y medidas aplicadas a niños (hay varias en uso) son aún menos válidas que las de adultos. Por ejemplo, pierden significado cuando son aplicadas a mediciones de niños negros. Eso es debido a que se basan sobre el progreso de niños caucásicos y los niños negros exhiben diferentes características de crecimiento al estudiarlos en grupo. Otra desviación que las tablas no toman en cuenta son los factores genéticos en el desarrollo infantil. Desconociendo los factores genéticos, asumen que los hijos de padres de menos de 1 mt. 67 deben alcanzar la misma altura que los hijos de padres y madres con más de 1 mt. 85 de altura.

También me inquietan las comparaciones con tasas de crecimiento normativas porque no se han instrumentado normas válidas para bebés amamantados, que a menudo exhiben aumentos de peso inferiores a los de bebés alimentados a fórmula. Esto es bien normal, y también beneficioso, y no existe evidencia de que Dios haya cometido un error al construir mamas que no rindan Neo-Mull-Soy o Enfamil. Desgraciadamente, muchos pediatras no parecen creerlo, de manera que si Ud. amamanta a su bebé y su aumento de peso no concuerda con las tablas, es posible que su médico insista que tome alimentos de fórmula. Eso es malo para la madre y el hijo. Más adelante hablaré sobre este problema más extensamente, pero permítame enfatizar desde ya que considero que la lactancia materna es un elemento vital para la salud de su hijo, porque sus efectos serán beneficiosos durante toda su vida.

El uso de tablas normativas de crecimiento es un ejemplo — y de éstos la medicina norteamericana está repleta — de cómo estos disparates cuantitativos pueden superar el sentido común. No permita que su pediatra influya en Ud. comparando el crecimiento de su hijo con normas estándar. Recuerde, si trata de hacerlo, que estas normas se basan en diminutos grupos de niños, realizados hace muchos años, que a menudo comparan naranjas y manzanas y no diferencian entre bebés amamantados y bebés alimentados a mamadera con leche de vaca o de fórmula.

Permítame repetir: Su pediatra no conoce, literalmente hablando, la pauta normal de crecimiento de niños amamantados. Le está engañando si le dice que su bebé amamantado no crece

con suficiente rapidez. Si su bebé está sano, no lo pase a la alimentación de fórmula debido a las pavadas que su pediatra ha extrapolado de sus inservibles tablas de crecimiento.

Concedo que para Ud. será difícil aceptar que las tablas de crecimiento no corresponden a una diagnosis médica, ya que los médicos las han estado usando desde hace tanto tiempo. Permítame asegurarle que no soy el único en considerar que puede haber más perjuicio que bien en usarlas para medir la salud y el progreso de un niño individual. Esta posición es compartida por numerosos otros médicos que se han visto obligados a considerar objetivamente los resultados experimentados en sus propias prácticas antes de continuar aceptando lo aprendido en la escuela médica.

He puntualizado este asunto porque deseo que sirva como un aviso anticipado de todas las demás ofensas que pueda cometer el pediatra contra su chico. Describiré muchas más mientras estudiamos enfermedades más específicas. El punto es que si un pediatra trata a un niño sobre la base de la información obtenida por esas tablas no válidas, no es difícil discernir las intervenciones que concebirá si tiene un síntoma más tangible que pueda usar para racionalizar su conducta.

En su mayor parte, el perjuicio causado por las tablas de crecimiento se limita al impacto que tienen sobre su bolsillo y su paz mental. Sin embargo, en años recientes han producido un gran abuso que mencionaré brevemente, sólo para condensarlo. Me refiero al uso creciente de estrógenos y otras hormonas para tratar de alterar la altura de niños que se supone son demasiado altos o bajos. Poco es lo que se sabe sobre el perjuicio potencial que pueden infligir las hormonas utilizadas para estimular o retrasar el crecimiento, y nada se sabe sobre los efectos a largo plazo de este tratamiento.

En años recientes, los periódicos médicos han informado extensamente sobre el uso de estrógenos para impedir que una niña *crezca demasiado*. Un titular, asegurando que tal tratamiento era *inocuo*, consignaba los siguientes riesgos y efectos colaterales, pero enterrados en lo profundo del texto: náusea matutina, calambres nocturnos, tromboflebitis, urticaria, obesidad, hipertensión, hemorragias menstruales anormales, supresión de hor-

monas pituitarias, jaquecas, cáncer de mama y del aparato genital y esterilidad. También hacía notar el artículo que *relativamente pocas jóvenes han sido tratadas durante suficiente tiempo . . . para sobrevivir el período latente de neoplasia.*

¿Cuántos médicos que recomiendan este tratamiento advierten a sus pacientes de estos efectos colaterales? ¿Cuántos padres permitirían que su médico tratara a su hija o hijo por un control de altura si fueran conscientes de los riesgos de dicho tratamiento?

Los riesgos de exposición a perjuicios significativos en el curso de la atención médica de rutina no son ni remotos ni inconsecuentes. Y es por esa razón que debe Ud. asumir el papel dominante y ocuparse de la salud de su hijo.

Capítulo IV

COMO PROTEGER

A SU HIJO POR NACER

La mayor parte de nosotros tiende a creer que la responsabilidad aterradora de criar hijos comienza cuando nos llevamos el bebé a casa desde el hospital. En realidad, numerosas decisiones que afectarán la salud y vitalidad del niño deben formularse con mucha anterioridad. Sus primeras oportunidades para construir un fundamento saludable para el crecimiento y desarrollo de su hijo vienen mucho antes de que nazca.

Aunque no es demasiado tarde para tomar ventaja de dichas oportunidades si ya ha nacido su hijo, debería Ud. conocerlas de todas maneras, suponiendo que piensa tener otro. Pero si está leyendo este libro en anticipación al nacimiento de su hijo, este capítulo tendrá para Ud. una importancia inmediata.

El bienestar futuro de su hijo será afectado por las elecciones que pueda Ud. tomar a través de todo el embarazo. Puede ser afectado por las actitudes del obstétrico que elija. Luego, cuando culmina la larga espera y aparezcan los primeros signos del parto, puede también optar por evitar el hospital y realizar el alumbramiento en el hogar.

Por favor no descarte Ud. así nomás esta elección. A primera vista puede parecer un consejo radical, pero le aseguro que no lo es. Hay un porcentaje creciente de madres que exigen realizar

el parto en el hogar, debido a que, luego de examinar ambas opciones, han determinado que el parto en el hogar es una selección sensiblemente conservadora.

Lo que es radical — y peligroso para la madre y el hijo — es el arsenal de intervención obstétrica que la espera en el hospital, sumado a las amenazas ocultas en la sala de maternidad que pueden perjudicar a su bebé después de nacer. Existen amplias evidencias de que la tecnología médica, drogas, anestésicos, cirugía y otras agresividades empleadas en la mayor parte de los hospitales o sanatorios exponen tanto a las madres como a los bebés a riesgos innecesarios. Tienen un potencial aterrador para infligir perjuicios graves y hasta mortales tanto a la madre como al hijo.

EL PARTO DEBE SER UN PROCESO NATURAL

El clásico doctor de familia de mi niñez *asistía* en el parto cuando y como fuera necesario. Para él el parto era un proceso natural sencillo, y no interfería excepto en aquellos raros casos en los que pasaba algo terriblemente malo. Si los dolores del parto se prolongaban, no le daba a la madre una inyección de Pitocina para que él pudiera irse a jugar al golf a tiempo. Se contentaba con ofrecer una oportunidad a la naturaleza y se sentaba junto a la parturienta durante horas, hasta que su cuerpo y no la Compañía Farmacéutica Parke-Davies, decidiera que había llegado el momento.

¡Qué contraste con el comportamiento irracional que tan a menudo vemos hoy! En su mayor parte, los obstetras contemporáneos ya *no asisten*. Sino que *interfieren* permanentemente en un proceso fisiológico natural que insisten en tratar como si fuera una enfermedad. En un porcentaje chocante de casos esta interferencia médica con una función corporal natural afecta adversamente la capacidad física o intelectual del chico por el resto de su vida. A veces elimina esa vida antes que tuviera realmente la oportunidad de vivir.

Si su hijo nace en un hospital se expondrá a un sinfín de peligros obstétricos, tan amplio que no tengo posibilidad de describirlos plenamente aquí. Sin embargo fueron documentados a

fondo en mi libro anterior: *Male Practice: How Doctors Manipulate Women* (Práctica Machista: cómo Manipulan los Médicos a las Mujeres), de manera que si desea obtener más información sobre los riesgos obstétricos de la mujer, allí los encontrará. Lo que deseo discutir en este y capítulos posteriores son los efectos secundarios de una intervención obstétrica que pueda sufrir su hijo y el perjuicio básico que su médico y los procedimientos rutinarios del hospital pueden infligir sobre su recién nacido.

Los obstetras, defendiendo su propio nido contaminado, insisten que el hospital es el único lugar seguro para realizar el parto. En ciertas ocasiones recurren a la Justicia para tratar de prevenir que las madres usen parteras y tengan sus bebés en casa. No existe evidencia alguna, estadística o científica que defienda su posición; de hecho, la evidencia que tenemos prueba que no tienen razón. Mientras tanto, la observación del perjuicio iatrogénico causado a niños, sumado a la lógica simple, es suficiente para demostrar a todo juez imparcial que el lugar más seguro donde tener un bebé es en el hogar.

La razón es casi auto-evidente. Tener el bebé en casa es menos riesgoso que ir al hospital porque gran parte de la tecnología peligrosa empleada en un hospital no está disponible para los médicos o parteras que asisten a un parto en el hogar. Esto reduce la oportunidad de intervenciones innecesarias y peligrosas y virtualmente asegura que podrá Ud. tener su bebé en forma natural, como Dios manda. Procedimientos como diagnóstico ultrasónico, manipulación fetal interna, uso excesivo de sedantes, calmantes y anestesia, parto inducido con Pitocina, y la tentación de recurrir a una cesárea, son todos métodos evitados cuando Ud. pisa sobre seguro y tiene su bebé en su propia cama.

Los obstetras que practican en los hospitales aseguran que el parto casero es peligroso, porque habiendo complicaciones no están a mano las facilidades hospitalarias. Si estos médicos, cuya práctica se limita al hospital, determinaran cuales madres fueran candidatas adecuadas para el parto hogareño y en ese caso debieran enfrentar cualquier emergencia, yo concordaría con ellos. No tienen la capacidad y experiencia para seleccionar las candidatas apropiadas para un parto en casa y para anticipar problemas con otras madres. Asimismo se encontrarían inhibidos

estas radiologías no eran necesarias.

Se enfrenta Ud. a otro gran riesgo si la concepción se verifica poco después de un período de contracepción con píldoras anticonceptivas. Esto también puede resultar en un niño deforme o con daño cerebral. La mujer que ha estado usando la Píldora debe dejar pasar varios meses antes que trate de concebir un hijo.

Vigilancia Durante el Embarazo

Los bebés que corren mayor riesgo durante los primeros días, semanas o meses de vida son los nacidos prematuramente, antes que todos sus órganos se hayan desarrollado del todo, y aquellos faltos de vigor físico debido a un peso anormalmente bajo al nacer. Puede Ud. contribuir a asegurar un desarrollo normal si consume una dieta adecuada y nutritiva desde el momento de la concepción hasta el día del parto.

Cuando yo era joven, los médicos gustaban alentar a las madres que consumieran comida sana, recordándoles que estaban comiendo *para dos*. Es más probable que los obstétricos de hoy sientan mayor preocupación por que Ud. restrinja su peso. No hace mucho, el aumento máximo de peso que toleraban los obstétricos era unos 5 - 7 1/2 kgs. Más recientemente, los límites sobre su apetito se aflojaron un poco, pero aún así, la mayor parte de los médicos tratarán de limitar su aumento de peso a 10 - 12 1/2 kgs. durante el embarazo. Esto es más racional, pero de todas formas el límite carece de sentido. Por el contrario, sus restricciones dietéticas y calóricas pueden hacer disminuir el peso del bebé al nacer y amenazar su desarrollo o aún su supervivencia.

La posibilidad de que su médico pueda tratar de sujetarla a excesivas restricciones de peso es muy real. Una agencia Federal informó que en 1975 una de cada tres embarazadas en los Estados Unidos sufrían de desnutrición, más de un millón de mujeres por año. Obviamente, algunas de ellas estaban desnutridas porque no podían costearse alimentos adecuados, o por razones cosméticas propias, pero la gran mayoría sufría de desnutrición porque sus obstétricos no les permitían comer a gusto. No deje

Ud. que su médico le haga esto, porque es virtualmente inevitable que si está desnutrida, también lo estará su bebé.

Su preocupación básica durante el embarazo no debería ser cuánto aumenta de peso sino cuán adecuadamente y cuán bueno es lo que come. Si su médico le recomienda mantener su aumento de peso en 7 1/2 - 10 kilos, probablemente insistirá que esto es importante porque facilitará el parto. También podrá decirle que impedirá que Ud. desarrolle toxemia, una de las complicaciones más peligrosas y a veces mortales del embarazo.

Estas suenan como razones persuasivas para controlar su peso, y es obvio que sería sabio escucharlas si fueran válidas. Pero no es así, porque toda la evidencia de que disponemos indica que en términos de ayudar el parto y la amenaza de toxemia, la verdad es al revés.

Si Ud. está desnutrida, el útero podrá no funcionar bien, prolongando el parto o deteniéndolo. El obstetra que restringió su dieta ha convertido a ese limón en limonada para sí, creando una oportunidad para practicar una cesárea. Para él esto es una bonanza, pero para Ud. y el niño es un problema.

Y también es así con la toxemia. Desde hace medio siglo se ha estado acumulando mucha evidencia indicando que la causa de la toxemia durante el embarazo es una alimentación materna inadecuada y no el exceso de peso. Debido a que no están presentes los elementos nutritivos adecuados, ocurre una disfunción hepática, y las reacciones corporales producen síntomas asociados con la toxemia.

Muchas mujeres hallan difícil adherir a la restricción de peso impuesta por sus médicos encontrándose durante los últimos dos meses del embarazo aproximadamente en límites extremos. Si adoptan escrupulosamente las instrucciones médicas, practican dietas de ayuno forzoso, reduciendo su absorción alimenticia en el peor momento posible. Este es el período cuando su hijo precisa una máxima nutrición, porque debiera estar aumentando su máximo de peso. Asimismo es el período álgido en el desarrollo cerebral. Si Ud. ayuna en exceso para cumplir con una restricción de peso arbitraria impuesta por el médico, también mata de hambre a su bebé, poniendo en peligro su vida y salud, junto con la suya propia.

Mi consejo para una mujer embarazada — sin importar lo que le diga el médico — es que ejercite su sentido común en todo lo que tenga que ver con su consumo alimenticio y cómo y con cuánta rapidez aumenta de peso. Pero que no le quite el sueño si se encuentra adquiriendo más peso de lo que recomienda el doctor. Se sentirá mejor al respecto si recuerda que las probabilidades de que un bebé con insuficiente peso muera durante su primer mes de vida son de 30 veces las de bebés nacidos con peso normal. Debido a que se les negó la nutrición necesaria para desarrollarse apropiadamente, se encuentra algún grado de retardo mental en la mitad de los bebés de peso inferior al nacer, y su incidencia de epilepsia, parálisis cerebral y más tarde problemas escolares o de conducta es tres veces mayor que en el caso de bebés nacidos con peso normal. Esto para Ud. es una buena razón para consumir una dieta bien equilibrada y nutritiva, para que evite matarse de hambre o matar de hambre al bebé, y para que le diga al doctor que se vaya al cuerno si se espanta porque Ud. aumentó 15 kilos.

Niéguese a tomar los diuréticos recomendados por su médico para las hinchazones de pies y manos. Casi todas las mujeres tienen estas hinchazones debidas a retención de fluidos en algún momento de su embarazo. Esta es casi siempre una condición normal y hasta valiosa, porque el fluido almacenado que produce el edema es necesario para apoyar el aumento de volumen sanguíneo que necesitan Ud. y su bebé.

Muchos médicos consideran que esta condición indica toxemia y prescriben diuréticos para eliminar los fluidos acumulados. En la mayor parte de los casos esto es un error, porque priva a Ud. y su bebé de los fluidos que necesitan. El resultado de estos diuréticos puede ser catastrófico. La tasa de mortalidad de bebés nacidos de madre sin edema ha sido un 50 % más elevada que en casos de madres con amplias acumulaciones de fluido. Los diuréticos también pueden representar un riesgo de muerte para Ud. al reducir la presión sanguínea, produciéndole un shock hipovolémico!

Con certeza el médico le advertirá severamente sobre el peligro del cigarrillo, alcohol y otras drogas alteradoras de la mente durante la preñez. Debería advertirle sobre esto y Ud. escuchar

su consejo, porque existe una fuerte evidencia de que aún un uso moderado de estas sustancias puede tener un efecto negativo sobre su bebé por nacer. Por las mismas razones, también debería advertirle que no tomara fármacos — aspirina, remedios para el resfrío y otros parecidos.

Desgraciadamente, es probable que no le advertirá sobre los riesgos aún mayores presentes en los tratamientos que pueda recetar él mismo. También puede producirse perjuicio fetal por drogas prescritas, radiologías tomadas durante el embarazo, ultrasonido y procedimientos tales como la amniocentesis, utilizada para detectar condiciones anormales del feto. Aquí no describiré estos peligros, pero debe Ud. estar informada sobre el particular. Muchos libros sobre los peligros médicos lo explican, incluyendo el mío *"Male Practice: How Doctors Manipulate Women"*.

Intervención Durante los Dolores del Parto y Alumbramiento

Al inicio de este capítulo le he aconsejado que considere el parto en el hogar para evitar las oportunidades más grandes de intervenciones médicas que se presentan cuando Ud. ingresa en un hospital. Prácticamente todas las formas de intervención obstétrica, en lo que debería ser un proceso natural de parto, tienen la probabilidad de causar perjuicio celular y retardo mental. Los riesgos de tales intervenciones, y por lo tanto las consecuencias, se reducen substancialmente si el bebé nace en casa.

Hace unos pocos años, el Dr. Lewis E. Mehl del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Wisconsin, estudió 2000 partos, con casi la mitad producidos en el hogar. Las diferencias entre los partos hospitalarios y los ocurridos en el hogar eran impactantes.

- * Ocurrieron 30 lesiones posparto en los bebés nacidos en hospital y ninguno entre los nacidos en el hogar.
- * 52 bebés nacidos en el hospital requirieron resucitación, contra sólo 14 entre los nacidos en casa.
- * 6 bebés nacidos en hospital sufrieron lesiones neurológicas comparados con sólo 1 en el hogar.

La suma de intervenciones en el proceso de parto que tipifica los producidos en hospitales es espeluznante. Ciertamente es que algunos procedimientos utilizados son meritorios cuando aplicados adecuadamente — situaciones donde se justifica el procedimiento, aún con sus riesgos, por los beneficios que pueda producir. La amenaza hacia la madre surge del síndrome *se hará lo que pueda hacerse*, que satura a la medicina norteamericana. En cada paciente que traspasa la puerta de un hospital se usan como rutina los procedimientos desarrollados específicamente para ocuparse de situaciones críticas.

En la mayor parte de los hospitales, el típico parto hospitalario se caracteriza por una intervención innecesaria tras otra. Ya que he cubierto estas situaciones en otros libros, no me extenderé en detalles. Pero incluso se practican rastreos fetales internos y externos, alimentación intravenosa, analgésicos y anestésicos, parto inducido con Pitocina, episiotomía y cesáreas.

Aquí deseo aprovechar la oportunidad para compartir con Ud. la información emergente sobre los riesgos que representan los rastreos fetales a través de la utilización del diagnóstico ultrasónico. Lo hago solamente porque por lo general no son datos que trasciendan al lego, ni tampoco es el tipo de información que el médico comparte con Ud. El uso del ultrasonido para el rastreo fetal o cualquier otro propósito diagnóstico entraña algunas interrogantes alarmantes que no pueden ser contestadas por quienes las emplean. Es otra forma por la cual la obstétrica moderna viola la imposición de Hipócrates: *Ante todo no has de dañar*.

El monitor fetal externo consiste de dos bandas que se afirman alrededor del abdomen y son conectadas con una unidad monitorea que registra lo que descubre en una cinta grabada. Una banda es sensible a la presión y mide la fuerza y frecuencia de las contracciones. La otra emplea el ultrasonido para determinar la condición del feto. En la mayor parte de los hospitales, los médicos utilizan estos monitores fetales en forma rutinaria, aunque un estudio de 70 embarazos comprobó que no existía diferencia entre los pacientes que habían utilizado estos monitores y los que no, y otros estudios indicaron que los resultados de estos rastreos fetales resultan en un aumento de morta-

lidad infantil. Esto sugiere que, en el mejor de los casos, no es un método positivo y, en el peor de los casos, perjudicial.

Hasta el momento de consignar estas líneas, no existe evidencia conclusiva que vincule directamente el ultrasonido con lesiones fetales, ni tampoco alguna evidencia de peso de que no causará perjuicio. Al revés de los rayos X, que imparten una carga eléctrica a la materia a través de un proceso llamado *ionización*, los rayos ultrasónicos no son ionizantes. Los proponentes del ultrasonido usan esto como prueba de que no es peligroso, pero no existe evidencia de que sea válida esta defensa. En pocas palabras, no puedo probar conclusivamente que el ultrasonido perjudique a su bebé, pero el médico que lo usa en Ud. tampoco podrá probar que no la perjudicará.

Alice Stewart, una epidemióloga británica que encabeza el *Oxford Survey of Childhood Cancers*, comentaba a mediados del año 1983 sobre *sugerencias muy sospechosas* de que niños expuestos a ultrasonido en el útero pueden desarrollar leucemia y otros cánceres en cantidades más elevadas que los niños no expuestos. Un informe de la Organización Mundial de la Salud, solicitando una extensa investigación sobre el peligro del ultrasonido y restricción de su uso, dijo lo siguiente (las itálicas son mías).

Las conclusiones sobre el estudio del ultrasonido son especialmente difíciles en sujetos humanos. *Los períodos latentes podrían durar fácilmente hasta 20 años en casos de desarrollo de cáncer, o que el efecto sólo se viera en la próxima generación*. Debido a que el feto humano es sensible a otras formas de radiación existe una preocupación considerable de que también pueda ser sensible al ultrasonido. Los estudios animales sugieren posibilidades neurológicas (sensorias, cognitivas y de desarrollo), inmunológicas y hematológicas para estudios en humanos. Existe alguna evidencia de que si la exposición se verificara dentro del período de organogénesis, pueden resultar *deformaciones congénitas* por exposición a ultrasonido en animales de laboratorio. En general, estos puntos finales en estudios animales *han sido inexplorados en humanos y deberían serlo en todo lo posible*.

En este momento no parece claro determinar si el rastreo fetal por ultrasonido es beneficioso para la madre y el feto para el resultado del

embarazo y esto, por encima de todo, debe ser estrechamente examinado. *No habiendo en general un beneficio reconocido resultante del rastreo fetal, no existe razón para exponer las pacientes a un aumento de costo y posibles riesgos.*

Si a pesar de la preocupación suscitada por la leucemia, supresión de respuesta inmunológica, deformaciones congénitas del feto y otros efectos posibles del ultrasonido, su médico aún insiste utilizarlos en su caso, ¿qué puede Ud. hacer? Sugiero le informe que se lo permitirá cuando le presente evidencias científicas convincentes de que es necesario, que Ud. y su bebé se beneficiarán y que no serán perjudicados ahora o dentro de 20 años.

El médico no podrá objetar este deseo por recibir tal confirmación a favor suyo y de su futuro bebé. Asimismo no podrá proveer tal evidencia, porque es inexistente. ¡Quizá esto le persuada hacer lo que debiera haber hecho en primer lugar: olvidar el ultrasonido y en vez, usar el estetoscopio!

Si Ud. ya ha dado a luz a un niño saludable y normal, no necesita preocuparse con estos riesgos prenatales hasta que decida tener otro hijo. Si espera Ud. otro bebé, le recomiendo estudiar con gran cuidado los peligros potenciales que le esperan. Es debido a todos esos riesgos que he descripto que me gusta tanto el parto en el hogar. Y fue por eso que me alegré sobremanera cuando mis dos hijas optaron por tener sus bebés en casa. Mis hermosos y saludables nietos tienen ahora dos, tres y cinco años y cada una de mis hijas está por presentarme otros dos, y también el parto se realizará en su hogar.

Si no está Ud. preparada para aceptar como opción el parto en el hogar y prefiere tener el bebé en un hospital, cuídese. Utilice bien lo que ha leído en este capítulo y en otros libros similares y evitará la mayor parte de los riesgos que podrían correr tanto Ud. como su bebé.

Peligros Ocultos en el Hospital

Aunque las presiones competitivas han aportado mejoras en algunos hospitales, se mantiene la probabilidad de que su bebé sea transportado a la sala de maternidad en cuanto nazca. Allí se

lo someterá a una serie de procedimientos, algunos legalmente obligatorios en la mayor parte de los Estados, y allí se le obliga a permanecer — probablemente chillando a pulmón tendido — durante por lo menos cuatro horas. Sólo entonces y sólo una vez cada cuatro horas, podrá Ud. amamantarlo o darle una mamadera, si esa es su decisión.

Sin pérdida de tiempo, su obstetra le ofrecerá al bebé su primer exposición a los productos químicos que dominan la práctica médica en los Estados Unidos. Echará algunas gotas de nitrato de plata en los ojos del bebé. Este es un tratamiento practicado sobre la ridícula presunción de que todas las madres tienen gonorrea y que pueden haberla transmitido al bebé durante el parto. De hecho, los médicos han fomentado la legislación requiriendo este tratamiento en cada Estado.

Los médicos rechazan el argumento de que sería mejor analizar a la madre por gonorrea en vez de inflingir nitrato de plata en el bebé, sosteniendo que el análisis nunca es un 100 % correcto. Este argumento es pura tontería porque tampoco el nitrato de plata es 100 % efectivo. Que uno u otro procedimiento sea más efectivo tiene poca importancia, porque si el bebé desarrollara oftalmia gonorreica por una u otra razón, el problema puede y será resuelto utilizando antibióticos.

El uso de nitrato de plata tenía algún sentido antes de existir los antibióticos, pero el precio que paga su bebé por el uso de nitrato de plata cuando ya no es necesario, no es insignificante. El nitrato de plata causa conjuntivitis química en un 30 — 50 % de los bebés. Sus ojos se impregnan de un pus grueso, imposibilitándoles la visión durante su primera semana de vida o más. Nadie conoce las consecuencias psicológicas a largo plazo de esta ceguera momentánea. Asimismo el tratamiento puede producir bloqueo en los conductos lacrimales, necesitando en este caso una intervención quirúrgica dificultosa para corregir el daño producido por un procedimiento sin sentido. Finalmente, algunos médicos — incluyendo yo mismo — consideran que la elevada incidencia de miopía y astigmatismo en los Estados Unidos, puede estar relacionada por la colocación de este agente cáustico en las delicadas y tiernas membranas oculares del bebé.

En algunos Estados, ahora los médicos pueden usar antibió-

ticos en vez de nitrato de plata, aunque no existe evidencia de que este uso profiláctico de antibióticos para prevenir la gonorrea sea efectivo. El antibiótico elimina el perjuicio inmediato que pueda crear el nitrato de plata, pero también representa el primer ejemplo de uso indiscriminado de antibióticos, que probablemente repetirá a menudo su pediatra, pudiendo causar problemas futuros a su hijo.

En numerosos hospitales un segundo ejemplo de uso indiscriminado de antibióticos puede pisar los talones del primero. En un esfuerzo por prevenir las posibles infecciones que amenazan a los bebés en las salas de maternidad del hospital, muchos médicos están dando ahora una inyección de antibióticos de rutina. Debido a que cada uso de antibióticos contribuye a la posibilidad de sensibilización en la vida futura, debería evitarse a menos que dicho tratamiento sea apropiado y esencial para tratar una enfermedad. Existe también el riesgo, en algunos niños, de producir reacciones de shock alérgico a antibióticos de todo tipo.

Cuando su bebé llega a la sala de maternidad se lo bañará inmediatamente y existe una fuerte probabilidad de que la enfermera utilice jabón de hexaclorofene. Desde hace muchos años se sabe que este compuesto químico es absorbido a través de la piel y que puede causar daño neurológico en algunos niños. Sin embargo, se sigue usando en los hospitales, a pesar del riesgo para el bebé por tratar de evitar la posibilidad de una epidemia bacteriana en estas salas, repletas de gérmenes.

Lo más ridículo y hasta arriesgado es que el jabón de hexaclorofene y las preparaciones antisépticas no aventajan el simple lavado con agua común y corriente. En cinco pruebas cuidadosamente vigiladas involucrando 150 recién nacidos, 100 fueron bañados con 4 antisépticos diferentes en grupos de 25 y 50 con agua común. Las muestras bacteriológicas tomadas de cada grupo luego del baño inicial y en el tercero y cuarto día indicaban que todos los baños eran igualmente eficaces.

¡No permita Ud. que el hospital exponga su bebé a un producto químico potencialmente peligroso para reducir una eventual infección cuando el agua común funciona igual o mejor!

Otro procedimiento muy usado que adoptarán con su bebé

es la prueba FCU (fenilcetonuria). En la mayor parte de los Estados (Estados Unidos), es legalmente obligatoria, y se efectúa para determinar si el niño es víctima de una forma poco común de retardo mental. La condición es causada por una deficiencia enzimática, pero ocurre en menos de un uno por cien mil casos.

En sí, este análisis sanguíneo no es peligroso, excepto que requiere insertar una aguja que abrirá una vía de introducción de bacterias, que siempre abundan en los hospitales. Otro problema reside en los resultados, notoriamente inexactos, dando muchos datos positivos que son falsos. Si a su hijo se le diagnostica un FCU, lo ponen a una dieta restringida compuesta por substitutos proteínicos cuyo sabor es ofensivo, que tiende a causar obesidad y se vuelve terriblemente monótona. Los médicos discrepan sobre el tiempo de prolongación de la dieta que va desde tres años a toda la vida. La mayor parte de los médicos que diagnostican FCU no permitirán que la madre amamante al bebé.

Considero que es ridículo condenar a un niño a una dieta especial obnoxia basada en un análisis que puede ser erróneo, para una enfermedad que raramente ocurre, cuando la dieta misma suscita graves interrogantes. Hace siete años varios centros de tratamiento en los Estados Unidos, Australia, Inglaterra y Alemania revelaron que algunos niños con FCU mostraban deterioro neurológico progresivo *aún con un diagnóstico precoz e implementando rápidamente un tratamiento dietético*. Todos estos niños rotulados como teniendo *variantes de FCU*, que diferían de la forma clásica, murieron.

A menos que exista una historia de FCU en la familia, mi consejo es evitar este análisis y amamantar al niño, que de todas maneras considero el mejor tratamiento, aún si tiene la enfermedad. Si no puede Ud. escapar de este análisis e indica positivo, insista que lo reiteren un par de semanas más tarde para asegurarse de que el doctor confirme la positividad del primero. Si en este segundo caso indica positivo, asegúrese de que el médico determine si se trata de un FCU clásico a una variante, asegúrese también de que la dieta ordenada para el bebé sea apropiada para su tipo. Finalmente, insista en continuar la lactancia junto con la dieta, porque es la mejor protección para la salud del niño.

Si el segundo análisis es negativo, deje de preocuparse durante años preguntándose si es que el primero era correcto. Una de las consecuencias desafortunadas de todas las formas de análisis en masa es el trauma emocional por el cual pasan los padres cuando se da un resultado positivo falso. Más de una madre me preguntó años después: "¿Piensa Ud. que *esto* (demora en hablar, ensuciar pañales, etc.) puede ser FCU?" Lo mismo ocurre cuando un pediatra le dice a los padres que el niño tiene un *ligero soplo cardíaco*. Esto parece amenazante pero, a menos que lo acompañen otros síntomas, es sólo un descubrimiento inocuo que no significa enfermedad.

La lista de oscuras enfermedades para las cuales se requieren estas pruebas masivas está expandiéndose permanentemente, aunque los requisitos varían ampliamente de un Estado de los Estados Unidos a otro. Los médicos son los impulsores básicos de este tipo de legislación y, a mi juicio, también los básicos beneficiarios. Es ridículo exponer a todos los niños y padres a estos riesgos físicos y emocionales para descubrir enfermedades que sólo ocurren muy esporádicamente.

Agregue asimismo los peligros que acechan a su niño en la sala de maternidad por el uso posible de pruebas de Ghelin o de Huppert que tratan la ictericia infantil. Esta es una condición común entre recién nacidos y las probabilidades son de un 30 — 50 % de que sólo sea una ictericia ligera. El hecho de que esto ocurra se determinará en gran parte por la suma de intervención obstétrica que experimentará Ud. durante el parto.

Parecería que cada generación de médicos crea un nuevo juego de intervenciones que crean problemas que sólo pueden ser resueltos por nuevas intervenciones. La mayor parte de las cosas por las que pasa la madre durante un parto hospitalario — analgesia, anestesia, inducción del parto y todas las drogas — aumentarán la probabilidad de que el niño desarrolle alguna ictericia, porque es uno de los efectos colaterales de tanta intervención.

Muchos médicos dan como rutina vitamina K al recién nacido porque se les ha enseñado que los niños nacen con una deficiencia de esta vitamina, que influencia la rapidez de su coagulación sanguínea. Estas son tonterías, a menos que la madre esté

gravemente desnutrida. Pero, de todas formas, muchos médicos lo hacen. La administración de vitamina K al recién nacido puede provocar ictericia, que luego el médico trata con las pruebas de Ghelin o de Huppert (fototerapia). Estas luces exponen al niño a una docena de peligros documentados que requerirán tratamientos adicionales y que posiblemente le afectarán por el resto de su vida.

La bilirrubina es un pigmento biliar encontrado en el flujo sanguíneo, que probablemente describa su médico como una fuente potencial de daño cerebral a través de una transferencia de dicho pigmento del flujo sanguíneo al sistema nervioso central. En realidad, la bilirrubina es una pauta de descomposición normal del glóbulo rojo. Esta descomposición lo convierte en bilirrubina, que es lo que le da al niño ese color amarillento parecido a la ictericia. La condición no es amenazante excepto en casos raros cuando es muy elevada o aumenta rápidamente en el primer día de vida. Es usual que sea causado por una sensibilización del Rh y requiere un tratamiento con pruebas de Ghelin o de Huppert o transfusiones. La transfusión simplemente reemplaza la sangre del niño con otra no contaminada con bilirrubina, mientras que las pruebas de Ghelin o de Huppert apuran su excreción. La luz de la parte azul del espectro, que puede suministrarse artificialmente en la sala de maternidad del hospital, o naturalmente por los rayos solares ultravioletas, oxida más rápidamente la bilirrubina, permitiendo su excreción por el hígado.

Si la ictericia no aparece hasta después del primer día de vida, los riesgos de tratarla exceden los beneficios. La bilirrubina es normalmente excretada en forma natural y el proceso excretorio puede apurarse exponiendo el niño a la luz solar natural, pero su desaparición puede tomar de una a dos semanas.

A pesar de que en su mayor parte las ictericias infantiles son de naturaleza normal y no amenazante, es común que los médicos insistan en tratar esta condición con las pruebas de Ghelin o de Huppert, en vez de permitir que la luz solar se encargue del trabajo. ¡Ahora sí corre peligro la salud de su bebé al tratarlo con fototerapia por una condición no peligrosa! Muchas autoridades médicas responsables han informado que la fototerapia

usada para la ictericia infantil puede ser responsable por un aumento de mortalidad, en especial entre niños muy pequeños. Este riesgo de muerte más elevado resulta de problemas pulmonares (síndrome de aflicción respiratoria) y hemorragias. También se ha informado sobre mortalidad infantil producida por la aspiración de almohadillas utilizadas para tapar los ojos como protección contra las luces usadas en las pruebas antedichas.

Aunque con toda probabilidad su médico le asegure que el tratamiento con pruebas de Ghelin o de Huppert es totalmente inocuo, ninguno conoce con certeza cuáles pueden ser sus efectos a largo plazo y asimismo se han identificado numerosos efectos a corto plazo. Estos incluyen irritabilidad e indolencia, diarrea, deficiencia de lactasa, irritación intestinal, perturbación en la relación bilirrubina / albúmina, pobre orientación visual con una posible disminución de simpatía hacia los padres, y efectos modificadores del ADN.

Si, debido a una cesárea mal orientada, excesivo control de peso durante el embarazo, o por otras razones, su bebé tiene poco peso al nacer, deberá conformarse con el tratamiento neonatal intensivo que le dispensarán en la sala de maternidad. Los médicos y hospitales se enorgullecen por las habilidades y brujerías tecnológicas que emplean — actitud que me confunde, porque es poca la evidencia de que benefician al niño que aislan en éstas.

Lo que sin duda hacen es exponer al niño a riesgos adicionales. Si mandan a su niño a terapia intensiva por ser de bajo peso al nacer, se lo separará de la madre inmediatamente después del parto y será colocado en una incubadora. Esto representa algún elemento de riesgo porque en algunos casos los bebés se han quemado. Pero el riesgo que más debe preocupar ocurre cuando se le da oxígeno mientras está en la incubadora.

Si el médico no sabe limitar adecuadamente la tasa de flujo de oxígeno en casos de bebés prematuros, puede resultar en una enfermedad denominada *fibroplasia retrolental*, causa principal de ceguera en el niño. Para evitarlo, debe controlarse cuidadosamente el nivel de oxígeno en la sangre, lo que significa extraer sangre, y esto, a su vez, puede producir una condición conocida como *anemia iatrogénica*. Una intervención lleva a otra y el bebé

puede necesitar una transfusión, exponiéndolo al riesgo de adquirir hepatitis serosa o SIDA.

Si durante la terapia intensiva se le da oxígeno a su bebé, hágale saber a su doctor que Ud. es consciente de estos riesgos y que le causan honda preocupación. Quizá su propia actitud impida cualquier imprudencia por parte del personal médico.

LA CIRCUNCISION Y OTRAS OPERACIONES — PROCEDIMIENTOS INNECESARIOS

Hay mucha probabilidad de que si su bebé es varón, el médico le recomiende que sea circunciso. Cada año se practican 1.500.000 circuncisiones en los Estados Unidos. Esto representa un 80 % de todos los bebés varones. Si se practica por consideraciones religiosas, es inútil, innecesario y potencialmente peligroso.

Cada generación de médicos ha descubierto una nueva excusa para la circuncisión, a pesar de que la Academia Norteamericana de Pediatría ha aconsejado que *"no existe una indicación médica absoluta para circuncidar al recién nacido"*. Si su médico se la aconseja, pregúntele por qué desea exponer al pobre chico al dolor, a la posibilidad de infección o hemorragia y al riesgo de muerte por esta operación que no tiene la menor justificación médica.

Aunque es posible que no se le practique inmediatamente después del parto, también debe Ud. cuidarse de otros dos procedimientos para condiciones que pueden existir al nacer. El primero es la hernia umbilical, un pequeño defecto en el músculo abdominal que permite la proyección del contenido abdominal. La condición es bastante común y en general se corrige sola antes del año. Sin embargo, aún si no se corrige, no debe practicarse esta operación hasta que el niño tenga entre tres y cinco años, porque aún existe una buena probabilidad de que esta condición se corrija sola.

Finalmente, existe la posibilidad de que su bebé nazca con un testículo sin descender, y que su médico recomiende una operación para que baje. La necesidad de hacerlo es dudosa en el mejor de los casos. Algunos médicos afirman que la operación

es esencial, debido a la amenaza de que el testículo que no ha bajado desarrolle cáncer. Este razonamiento puede parecer persuasivo, pero no debería serlo, porque la tasa de mortalidad debida a la operación es más elevada que la tasa potencial de cáncer testicular. En consecuencia, lo más seguro es no intervenir con el testículo que no ha bajado. El asunto es distinto si no bajan ambos testículos. En ese caso la operación merece ser considerada porque si ninguno de los testículos está en su lugar correspondiente, la infertilidad es casi inevitable.

En este capítulo he tratado de advertirle sobre todos los riesgos que enfrentarán Ud. y su hijo si son hospitalizados para el parto. Pero estos sólo son los peligros inmediatos. Sumado a estos debemos considerar los riesgos psicológicos y nutricionales que surgen de su separación del hijo y la interferencia de los procedimientos hospitalarios con la lactancia normal. Los cubriré en los capítulos siguientes.

Capítulo V

ALIMENTACION APROPIADA PARA LA SALUD Y LA CRIANZA

La contribución más importante a la salud futura de sus hijos será el cuidado que ponga en su propia dieta durante el embarazo y en una alimentación apropiada para el bebé desde su nacimiento. Como sobre el tema nutrición es poco el conocimiento de su pediatra y menos aún su interés, deberá Ud. misma volverse experta en todo lo que se refiera a la dieta de sus hijos.

Su primera y más importante decisión nutricional — darle o no el pecho — afectará la salud y el desarrollo del niño y todo el resto de su vida. Desgraciadamente, la mayor parte de los obstetras y pediatras no enfatizan con suficiente fuerza la importancia del amamantamiento y tampoco le informan a Ud. plenamente, si es que lo hacen de alguna manera, sobre las imperfecciones de la leche de fórmula. Por lo tanto es esencial que se informe.

La lactancia materna es el fundamento para una crianza física y emocionalmente saludable, proveyendo a madre e hijo con numerosos beneficios adicionales. Consignaré aquí algunos de estos beneficios de la lactancia materna que en la actualidad experimenta un resurgimiento estimulante de este arte femenino:

1. *La leche materna, probada en el tiempo desde hace millones de años, es el mejor nutriente para el bebé porque es el*

alimento perfecto de la naturaleza. Le ofrece a su bebé, durante por lo menos sus seis meses iniciales de vida, todos los nutrientes necesarios para una crianza saludable. Todas las autoridades nutricionales y pediátricas responsables reconocen su superioridad sobre los alimentos de fórmula y la leche de vaca.

La leche de vaca es deficiente en hierro y el bebé no debe tomarla, sobre todo durante los primeros 6 meses de vida. Y aún después debe ser introducida con cuidado, porque muchos bebés — quizá tanto como un 15 % — son alérgicos a la leche de vaca. Este producto puede servir como fundamento y causa de muchas enfermedades.

Asimismo y desde un punto de vista nutricional, la mamadera es menos que satisfactoria, aunque los fabricantes fortalezcan sus productos con vitaminas y minerales y afirmen que sus alimentos de fórmula son tan nutritivos como la leche de madre. Si Ud. da el pecho no hay peligro que se omita algún nutriente esencial, cosa que no puede decirse de la leche de fórmula manufacturada, porque en este caso no sólo *puede* fallar sino que *lo ha hecho* en todo lo que se refiere a ingredientes esenciales, con consecuencias desastrosas para los bebés alimentados de esa manera. Algunos ejemplos clásicos son la falta de vitamina B₆ en la fórmula SMA que llevó a una deficiencia de piroxidina y convulsiones en los bebés que la utilizaban y la producción de Neo-Mull-Soy con un contenido inadecuado de sal, resultando en una crianza defectuosa.

Asimismo las mamaderas de fórmula predisponen al bebé a una obesidad vitalicia porque los productos proveen tipos de nutrientes erróneos. La leche humana es 1.3 % proteína; la leche de vaca y la de fórmula tienen 3.3 % o más. Por tal motivo un estudio de 250 bebés de seis semanas, alimentados a fórmula indicó que un 60 % estaban pasados de peso, comparado con un 19 % de bebés amamantados. El exceso de proteína representa una carga indebida para los riñones y algunos bebés suben más rápidamente de peso porque retienen más fluidos.

Finalmente, al bebé amamantado se le permite que coma hasta estar satisfecho y la madre no necesita habilidad alguna ni necesidad de medir la cantidad de leche que toma el bebé. Mientras que generalmente los bebés alimentados a fórmula se ponen

en un programa fijo, dándole una medida de leche determinada para cada comida. Demasiado a menudo una madre trata de hacerle tomar la cantidad programada, dándole de beber 160 - 230 gr. cuando se satisfaría con 110. Más adelante tendré algo más que decir acerca del vínculo entre la sobrealimentación y la obesidad.

2. Un bebé amamantado recibe de su madre una inmunidad natural contra numerosas alergias e infecciones, todo esto le es negado al criarlo a mamadera. La leche de madre tiene sustancias especiales que inhiben el crecimiento de bacterias y virus, permitiéndole al chico una protección crítica contra las enfermedades durante los meses más peligrosos de su vida.

3. El lazo entre la madre y el niño es esencial para el desarrollo emotivo del bebé, proporcionándole también a la madre recompensas emocionales. La nutrición que suministra el pecho es la forma ideal de establecer un vínculo casi desde el parto. A menos que Ud. haya recibido excesiva cantidad de fármacos durante el parto, que también afectarán a su bebé, su deseo de iniciar el pecho debe culminar dentro de 20 - 30 minutos después del parto. Desde ese momento debe ser amamantado cada vez que manifiesta la necesidad. Desde el principio, esto puede ser tanto como 20 veces al día.

Nunca podrán enfatizarse suficientemente las recompensas emocionales y psicológicas de la lactancia. Descartada la lactancia materna, madre y bebé sacrificarán una de las experiencias humanas más beneficiosas. El Dr. Grantly Dick-Read considerado como el padre del renacimiento contemporáneo del parto en el hogar, dijo también: "*El recién nacido exige tres cosas de su madre: el calor de sus brazos, su leche y la seguridad de su presencia*".

El recién nacido debe ser alimentado cuando tiene hambre y no según un programa arbitrario. Esta es una de las fallas adicionales del procedimiento posnatal en la mayor parte de los hospitales. Demasiado a menudo requieren que la madre y el bebé se acomoden a un programa alimentario para el bebé de cada cuatro horas, requisito que simplemente se conforma a las conveniencias del hospital. Esto no es bueno para el bebé y tampoco para la madre. El apetito del bebé se regula por su necesidad de

alimento y no por el reloj de la sala de maternidad. Debe alimentárselo cuando él lo desea aunque lo requiera 1 vez por hora o cada cuatro horas.

Si su bebé nace en el hospital, trate que le permitan tenerlo en su cuarto, para poder alimentarlo todas las veces que el bebé desee y también para que sienta el calor y presencia constante de su madre. Si no lo permiten, debe exigir que se lo traigan cada vez que tiene hambre y no cada cuatro horas. Y, por favor, adviértale al doctor que mientras lo tienen en la sala de maternidad no le den mamadera. Algunas enfermeras no resisten a la tentación de darle una mamadera de fórmula cuando llora, aún si la madre le da el pecho. Esto podrá reducir su apetito si Ud. lo está amamantando, de forma que es importante insistir que se lo traigan cada vez que lllore.

4. Hay varios factores que no deben pasar por alto al decidirse por dar pecho: estos factores son de importancia específica para Ud. Al comenzar amamantando unos pocos minutos después de nacer, impedirá hemorragias, porque la succión del bebé hará que se contraiga el útero, apurando el retorno a una condición normal que reduce el flujo de sangre.

Las madres que dan pecho pueden retornar más fácilmente a su peso normal que las que abandonan esta fase del ciclo reproductor y en vez adoptan la mamadera. Típicamente, unos 4 1/2 kg. del aumento de peso de la madre durante el embarazo es grasa corporal, que según se cree le permite producir leche para el futuro bebé. Si Ud. da el pecho, este exceso de grasa se consumirá en el proceso. Si no lo hace, necesitará realizar heroicos esfuerzos para volver a su peso normal.

5. Cuando el bebé es totalmente amamantado, la madre obtiene una protección anticonceptiva, durante por lo menos seis meses en la mayor parte de los casos, y en algunos hasta 2 1/2 años. El acto de amamantar hace que el ciclo reproductivo de la madre entre en latencia, y en general no tendrá menstruaciones durante siete meses o más después del parto, imposibilitando la preñez hasta que se reanude la menstruación. Sheila Kippley, autora de un excelente libro sobre lactancia materna, examinó datos de mujeres en los Estados Unidos cuyos bebés fueron totalmente amamantados, constatando un promedio de

14 1/2 meses sin períodos menstruales después del parto.

Aunque esta forma de anticoncepción no es del todo confiable, es probablemente tan eficaz como cualquier otra y sin riesgo. Pero debe Ud. recordar que un amamantamiento ocasional y al azar no servirá, porque si sólo amamanta de vez en cuando y lo complementa con mamadera de fórmula, es probable que no recibirá el beneficio anticonceptivo que le ofrecería el amamantamiento completo.

Muchas madres primerizas me preguntan cuántas veces deben dar el pecho, por cuánto tiempo y en qué cantidad. Mi respuesta — ya sea que el bebé reciba leche materna o de fórmula — es que el bebé manda. Dele Ud. de comer cuando parece irritado y permítale que coma hasta que pierda interés, y no se preocupe si come poco o mucho.

Si le da el pecho, el bebé consumirá 80 - 90 % de la leche disponible en unos 4 minutos por mama. Pero por razones emocionales es aconsejable darle pecho por más tiempo, estimulando así la producción de leche. El acto de amamantar, aún en casos que sea sólo mínimamente productivo para suministrar alimentación adicional, estimula la lactancia, aumentando la producción de leche. Si limita demasiado el período de lactancia, o no amamanta suficientes veces al bebé, podrá disminuir la producción de leche hasta el punto de no producir la cantidad que requiere el bebé.

Las razones para prolongar los períodos de lactancia son muy importantes. Mis amigas de *La Leche League*, que asesoré médicamente durante muchos años, me dicen que muchas más madres darían pecho si fueran conscientes de la maravillosa relación que se establece entre la madre y el niño. Dicen que algunas madres se sienten intimidadas por el concepto erróneo de que inevitablemente la lactancia es una molestia difícil, incómoda e ingobernable. Sin duda esta es la preocupación de muchas madres, pero según mi experiencia, una vez que experimentan el placer de amamantar, desaparece esa preocupación. Si Ud. no está decidida a amamantar a su bebé, le aconsejo leer *The Womanly Art of Breastfeeding*, publicado por La Leche League International, Inc., 9616 Minneapolis Ave., Franklin Park, IL 60131, y *Breast Feeding and Natural Child Spacing; The Ecology*

of *Natural Mothering*, por Sheila Kippley (Harper & Row, 1974; Penguin 1975).

El bebé amamantado no necesita un complemento de agua, ni tampoco suplementos de vitaminas. Los bebés alimentados a fórmula tampoco necesitan vitaminas suplementarias, porque en general sus productos las contienen. Un niño sano no se beneficia con excesos de vitaminas y hasta puede perjudicarse.

NO INICIE LOS SÓLIDOS DEMASIADO TEMPRANO

Los bebés amamantados no requieren alimentos sólidos durante el primer año de vida y no los debieran recibir durante los primeros seis meses. El bebé que sólo recibe mamadera no debe recibir sólidos por lo menos después de cuatro meses, porque a esa edad gran parte del alimento sólido que recibe pasa sin digerir. Aún no se han desarrollado suficientemente los intestinos para procesar alimentos sólidos, en especial proteínas. Por ejemplo, no está presente la enzima necesaria para procesar el cereal de arroz de desayuno (*) en cantidades adecuadas para que pueda digerirlo el bebé hasta que tenga cuatro meses. Asimismo deben evitarse los sólidos durante los primeros meses de vida debido a que las defensas alérgicas no están plenamente desarrolladas, y también existe mayor posibilidad de que se atragante debido a que aún debe aprender el arte de tragar.

Los alimentos sólidos deben introducirse gradualmente; en primer lugar fruta o cereales y luego carne. Evitar en todo lo posible los alimentos para bebés preparados comercialmente, no sólo porque son más caros, sino porque después de su superprocesamiento son menos nutritivos.

El bebé se criará mejor si Ud. misma le prepara su comida. Use fruta, verduras y carnes frescas, porque los alimentos enlatados y congelados contienen distintas porciones de sal y otros aditivos como nitritos y glutamato monosódico. Lavar los alimentos cuidadosamente y asegurarse que estén bien cocidos. Luego servirlos bien pisados o pasados por una puretera.

Muchas madres han descubierto que los bebés responden

(*) Nota Trad.: No confundir con leche de arroz Integral auténtica.

bien a la banana fresca pisada o al ñame cocido como primeros alimentos sólidos. Parece que les gusta el sabor y son fáciles de preparar. Se pueden introducir los cereales dándole trocitos de pan integral natural. Esto será tan bueno como las cremas de cereales, aunque gran parte del pan caerá al suelo hasta que el bebé aprenda a usarlo. Si le cocina cereales, asegúrese de que sean integrales y no las variedades procesadas que han perdido sus ingredientes nutritivos y a los cuales se han agregado productos químicos peligrosos.

Hasta que el bebé tenga por lo menos un año, deben evitarse los huevos, porque a menudo causan reacciones alérgicas. En ese momento introducir en primer lugar huevos duros y sólo la yema pisada. Si pasadas dos semanas no hay reacciones negativas, se le pueden dar huevos revueltos sin leche. También debe evitarse la leche de vaca hasta que el bebé cumpla el año de vida y luego sólo gradualmente. Observarlo cuidadosamente para asegurarse de que no tenga reacciones alérgicas o de comportamiento, tales como excesos de llanto o remilgos.

Uno de los beneficios ocultos que obtendrá preparando Ud. misma los alimentos del bebé podrá ser la influencia que tendrá sobre la dieta consumida por los demás miembros de la familia. Ellos compartirán sus esfuerzos para darle una dieta nutritiva, natural y bien equilibrada al nuevo miembro de la familia. ¡Pero a menos que desee que coman afuera, no anticipe que gocen su comida si también la hace papilla!

Por razones de seguridad no permita que su pediatra o cualquier otra persona la persuada de usar alimentos comerciales para bebés. Los fabricantes de alimentos para niños tienen la costumbre de asustar a las madres que dan a sus hijos alimentos naturales en vez de sus comidas enlatadas. Uno de sus panfletos lo hizo; en la revista *Dear Mother*, escrita por los fabricantes de alimentos para bebés Beech Nut, llegó a tal punto como para que protestara el sobrio comité de la Academia Norteamericana de Pediatría, deplorando las tácticas alarmantes de la industria y preocupado porque parte del material de publicaciones científicas había sido puesto fuera de contexto.

Declaró el comité: "No estamos de acuerdo con la implicancia de que la preparación casera de alimentos sea excesivamente

peligrosa. Es obvio que la preparación y el almacenamiento deben ser cuidadosos, pero es remota la posibilidad de que los alimentos frescos preparados en el hogar sean tóxicos".

EL APETITO DEL NIÑO VARIA

A veces los padres se preocupan demasiado por las cantidades de alimentos que consumen sus niños. Si el pediatra declaró que la mamadera debe contener 162 gr. de fórmula por vez, la madre luchará para que el bebé se la tome toda. Y a medida que crece, ocurrirán repetidas batallas en la mesa para que el bebé se una al club del plato limpio. Este es un error, y estas preocupaciones son innecesarias, porque ningún niño — a menos que sufra de anorexia nerviosa — se dejará matar de hambre por capricho.

El tamaño de su apetito variará de día en día y año tras año por una variedad de razones. Puede ser afectado por su nivel de actividad, por el gusto que sienta por tal o cual alimento y por la cantidad que requiera si pasa por un período especial de crecimiento. Todo chico, sin importar que sea bebé o adolescente, comerá lo que necesita.

A menudo se los condena a una obesidad adulta por haberlos sobrealimentado de chicos. Los estudios sobre niños de diversas edades hasta los 18 años indican más de un 70 % de exceso de calorías y en algunos casos un 250 % de las necesidades diarias recomendadas, tanto nutricionales como energéticas. Asimismo se estima que un 30 % de los niños de edad escolar están demasiado gordos.

Esto causa problemas en la vida futura porque la obesidad adulta resulta de una producción excesiva de células grasas durante los primeros años de la niñez. La cantidad de células grasas aumenta desde el nacimiento hasta los dos años y luego de nuevo en la pubertad. Un niño sobrealimentado podrá tener unos 75 billones de células grasas cuando llegue a ser adulto, comparado con 27 billones para un niño alimentado con una dieta adecuada pero no excesiva. Esta diferencia es importante, porque el aumento de peso en el adulto no es debido al aumento de células grasas sino a un aumento en el tamaño de dichas células. Si

se ha producido un exceso de células grasas durante la niñez, permanecen de por vida en el organismo, a la espera de ser rellenadas cuando el adulto consume una dieta de altas calorías o una bomba de chocolate.

Una regla básica que deberá orientar sus esfuerzos para darle una buena nutrición a sus hijos y a los demás miembros de la familia: *cuanto más procesado, menos nutritivo el alimento*. Virtualmente todos los alimentos son más nutritivos servidos en su estado natural y crudos. Si es necesario cocinarlos, que la cocción sea lo más corta posible. Por esta razón es tan atractiva la comida china ya que por lo general saltan rápidamente los alimentos. Las frutas y verduras frescas son más nutritivas que las cocinadas o enlatadas.

En el lado opuesto del espectro están los alimentos *convencionales*, tan populares en los Estados Unidos, y los panes y cereales para desayuno preparados con harinas refinadas y repletas de azúcar blanca. Las *calorías vacías* que ofrecen, sumadas a los aditivos químicos para colorear, condimentar, estabilizar y conservarlos son cosas que su bebé no necesita. Manténgalo en mente cada vez que planea las comidas en casa. Sirva alimentos frescos y naturales y evite todos los productos comerciales procesados que publicitan en la T.V.

Si se limita a los alimentos naturales y los cocina lo menos posible, es poco lo que requerirá para asegurar la salud de su familia con una dieta sana, salvo la aplicación del sentido común. Que no le preocupen todas las teorías médicas no probadas sobre los peligros de darle a su chico huevos, o lácteos o cualquier otro alimento no procesado. Con una dieta variada y equilibrada, su familia recibirá todos los nutrientes que necesita. La mayor parte de los nutricionistas sugerirían la siguiente orientación para una dieta cotidiana para preadolescentes: tres porciones de leche o lácteos, o una fuente alternativa de proteína; dos porciones de carne, queso, huevos, manteca de maní, porotos, u otra fuente de proteína; cuatro o más porciones de fruta y verdura fresca; y cuatro o más porciones de pan de harina integral o de cereales en grano. Pero deseo destacar que la necesidad total nutricional de un niño, incluyendo proteína y calcio, puede obtenerse sin leche o lácteos.

Recuerde que el desayuno es la comida más importante del día. Si su niño no desayuna será más susceptible a infecciones y también fatiga, que pueden afectar su salud en general y dificultar sus tareas escolares. Asegúrese de que coma un desayuno saludable y no una basura azucarada. No permita que se acostumbre a poner azúcar a su cereal de desayuno y no le introduzca a los cereales de desayuno revestidos de azúcar que se publicitan con tanto vigor por la T.V.

Recuerde asimismo que fue la tradición y no la nutrición la responsable por la costumbre norteamericana de desayunarse con cereales, panqueques, tocino y huevos. Las necesidades nutricionales de su chico estarán tan bien cubiertas — y quizá mejor — si Ud. le da las ricas sobras de anoche. A menudo pensé en la ironía de que tantos norteamericanos se consternan porque los niños mejicanos desayunan con un bol de porotos y los chinos con un bol de arroz integral. Ambas comidas son saludables y contienen gran riqueza de proteínas y vitaminas. Mientras tanto, el chico típico de nuestro país come un costoso cereal comercial para desayuno que ha sido procesado a muerte y repleto de azúcar refinada, ofreciéndole calorías vacías que de nada bueno le sirven.

NO ES NECESARIO QUE LOS CHICOS COMAN DE TODO

No se preocupe si su chico evidencia una repugnancia instantánea por algunos alimentos — en especial verduras. Siempre que esté recibiendo una dieta básica, con todos los grupos alimenticios representados, no es imperativo que coma cada una de las verduras en el mercado. Parece ser que en estos casos, el detonante clásico de fricción sea la espinaca, que muchos chicos odian y que otros tantos padres consideran una fuente esencial de hierro y calcio. En realidad, aunque sea rica en estos minerales, la espinaca los presenta en una forma difícil de digerir y la espinaca es una pobre fuente de energía. De manera que no le obligue a comer espinaca si no le gusta. Si siente aversión por todas las verduras, trate de esconderlas en guisos, sopas o panes y anímelo a comerlas crudas.

No se encierre tanto en un horario convencional como para no ser flexible si su hijo siente más hambre a otra hora. Es posible que su reloj corporal no esté regido por las costumbres. Si de pronto se atenúa su apetito, recuerde que podrá ser simplemente debido a una reducción natural de sus requisitos alimentarios, pero considere también si es que no está comiendo demasiados bocadillos entre comidas. Si es así, asegúrese de que dichos bocadillos sean saludables: fruta fresca, pasas, nueces, semillas, yogur, verduras crudas y leche.

Cerraré este capítulo con una advertencia sobre las consecuencias nutricionales en potencia si se vuelve necesario que su chico sea hospitalizado. Y es aquí, en su propio campo de acción, donde la indiferencia nutricional de los médicos se demuestra claramente. Por eso es importante observar estrechamente que coma bien durante su estadía en el hospital y el tipo de dieta que recibe.

En varios estudios se ha constatado que la mitad de los pacientes confinados en hospitales sufren desnutrición en unos pocos días. Y no es debido a que la comida de hospital sea necesariamente mala; de hecho gran parte de ésta es buena. Es debido a que los médicos están tan enamorados con la tecnología médica — análisis y radiologías — como para requerir que sus pacientes ayunen o coman una dieta severamente restringida. Algunos pacientes literalmente se consumen por desnutrición mientras los médicos los someten a una serie de análisis en un esfuerzo por determinar lo que les pasa. Para cuando dichos análisis se terminan, el problema más grave del paciente puede deberse a una desnutrición.

Un estudio de nutrición infantil en un hospital de Nueva York descubrió que un 60 % de 200 niños tenía un problema de nutrición. Los que realizaban el estudio dijeron que esto no les sorprendía pero que *"estaban un tanto entristecidos al comprobar que muchos médicos desconocen los detalles de la nutrición pediátrica"*. ¡La mayor parte de los médicos atendiendo niños nunca ha recibido cursos de nutrición de cualquier tipo!

No sé por qué debieran encontrarse tan sorprendidos. Hace muchos años el presidente del comité de la Asociación Médica de los Estados Unidos sobre nutrición, señalaba: *"La creciente*

sospecha de que un gran número de personas en los hospitales de los Estados Unidos se están volviendo víctimas indeseadas de desnutrición iatrogénica y hasta de hambruna . . . Eso no es debido a negligencias premeditadas por parte del médico, sino más bien a su desconocimiento absoluto de la nueva ciencia nutricional".

Esta crítica no pasó desapercibida dentro del A.M.A. Allí resolvieron el problema a su propia satisfacción, aunque no la mía, idisolviendo el comité sobre nutrición!

Para criar un hijo sano, la acción más esencial que puedan determinar los padres sin depender de la profesión médica, es asegurar que coma lo que le conviene, en cantidades adecuadas, evitando todo alimento perjudicial.

Capítulo VI

LO QUE DEBE ESPERARSE DEL NIÑO

La mayor parte de los libros pediátricos se ocupan extensamente de los hitos desarrollistas de la primera infancia — sentarse, pararse, gatear y caminar — y un sinnúmero de comportamientos que emergen a medida que avanza el tiempo. Estas etapas son de legítimo interés por parte de los orgullosos padres, pero raramente debieran constituir una preocupación, y no necesito un libro entero para aconsejarles al respecto. Lo diré en una frase: a menos que le ocurra algo obviamente malo al chico, no debe Ud. preocuparse sobre cuán pronto se sienta, para, gatea o camina.

Si se trata de su primer hijo, estará Ud. fuertemente tentada por comparar su progreso con otros de su edad. Sé que nada de lo que escribo le impedirá hacerlo, pero espero convencerla de que tales comparaciones son más aptas para confundir que informar. Durante los primeros años de la vida, el desarrollo individual de un niño varía tan ampliamente que toda comparación carece de sentido. Sin embargo, si desea Ud. un método práctico pruebe con esto: la mayor parte de los niños se sientan con ayuda a los 6 - 8 meses, sin ayuda a los 8 - 10 meses, caminan a los 12 - 18 meses y hablan a los 18 - 24 meses, manejan un triciclo a los 3 años y copian un cuadrado a los 4 años. Luego de

esta explicación, permítame que le exhorte a resistir la tentación de ufanarse si el chico alcanza estos hitos anticipadamente o de preocuparse si se retrasa el desarrollo. En algún punto de su desenvolvimiento todos los niños normales llegan al mismo lugar, y no hay diferencia si es antes o después.

Tarde o temprano, los chicos aprenden a hacer lo que Ud. espera de ellos, si sus expectativas son realistas. Todos sabemos, aunque a veces lo olvidamos, que todos los chicos no aprenden al mismo ritmo, dentro de un marco de tiempo igual y con la misma facilidad; ni tampoco puede esperarse que alcancen un nivel de realización uniforme cuando llegan a la edad adulta. Pero desgraciadamente este conocimiento no nos impide tener grandes expectativas cuando aún están en la cuna. Ni tampoco nos impide comparar su conducta con la de otros chicos, comparaciones sin sentido y peligrosas. El niño prodigio de hoy puede ser un atrasado mañana y viceversa.

Las rosadas expectativas sobre nuestros chicos son beneficiosas si nos alientan a ofrecerles el soporte y atención que necesitan para alcanzar su propio potencial. Asimismo si nuestras expectativas exceden dicho potencial, esto puede ser devastador para el desarrollo y auto-imagen del chico, y también si nos falta la paciencia necesaria para permitir que sus capacidades e intereses se desarrollen naturalmente durante los años formativos.

Para padres que tengan expectativas elevadas es a veces difícil, en especial si tienen éxito en la vida, recordar que la ocupación del niño es jugar y aprender. Debemos aprender a aceptar el hecho de que durante sus años de desarrollo no puede esperarse que el niño exhiba una conducta adulta. Lo más posible es que muchas de las cosas que haga parezcan calculadas para enloquecerla a Ud. Nada de lo dicho en este capítulo reducirá su preocupación y exasperación ante el comportamiento enojoso de la criatura, pero quizá facilite su comprensión de lo que es normal y cual el origen del chico.

EL COMPORTAMIENTO FISICO QUE PREOCUPA A LOS PADRES

En primer lugar separemos la conducta física de la emotiva. ¿Cuáles son las cosas físicas que más comúnmente preocupan a los padres? Todos los bebés, a menudo ante la angustia inicial paterna, tosen, gruñen, eructan, estornudan, tienen gases, escupen y vomitan. Al principio quizá se atormente preguntándose si indican alguna deficiencia en la dieta del niño. Pero no se afane, porque mientras el bebé coma bien y no pierda peso, todas estas manifestaciones son normales.

Mientras estamos en el tema de los sonidos infantiles, permítame advertirle de no dejarse obsesionar por los eructos. En algún tiempo del pasado distante alguna madre descubrió que el niño podría no vomitar su comida si ella le palmeaba la espalda hasta que liberara el exceso de aire de su estómago. Este procedimiento se ha vuelto un rito tal que algunas madres parecen creer que su hijo no sobrevivirá si no eructa estrepitosamente después de cada comida. De hecho, nada hay esculpido en la piedra diciendo que su bebé deba eructar. Algunos bebés tragan mucho aire y producen prontamente un eructo estrepitoso. Otros tragan poco aire y no necesitan eructar para nada. Si le parece que el eructar después de la comida permite que el bebé no escupa, podrá alentararlo un poco, pero no se afane por esto. No existe razón médica por la cual deba eructar.

Mientras estamos en el tema, permítame decirle algo respecto a cólicos. Esta es una denominación que tanto madres como médicos dan a un fenómeno que generalmente ocurre antes de los tres meses de edad. De pronto un bebé previamente plácido y satisfecho comienza a replegar las piernas y a expresar paroxismos de gritos. Quizá le sorprenda a Ud., considerando que desde el albor de los tiempos hubo bebés sobre la Tierra, pero no existe ni un ápice de evidencia indicando la causa de esta condición. Aunque para el médico, el término *cólico* es conveniente para explicar un llanto que ningún médico puede explicar.

Algunos textos médicos refieren como causa posible de gases intestinales, una fermentación excesiva de carbohidratos.

Pero luego observan que al eliminar los carbohidratos, la condición no se alivia, lo que a todos nos hace dudar sobre la veracidad de aquella explicación. La sencilla verdad es que muchas madres y médicos hablan de los cólicos como un llanto incontrolable causado por *gases* en el estómago del bebé. Los científicos dicen desconocer la causa. Yo concuerdo con los científicos. ¡Tampoco la conozco!

El llanto es la segunda conducta preocupante que aparece al nacer. El primer grito emitido es tranquilizador, pero de allí en adelante el llanto del bebé es algo que los padres podrían prescindir alegremente. A través de los años, muchos médicos han ofrecido numerosos malos consejos sobre qué hacer cuando llora el bebé y muchos chicos han sufrido por esto.

Recientemente me divertí leyendo un libro publicado en 1894 por el Dr. Luther Emmett Holt, generalmente considerado como el padre de la pediatría. Este libro llamado "Crianza y Alimentación Infantil", fue editado unas 75 veces y publicado en tres idiomas. Al releerlo, recordé cuál fue el origen de los malos consejos recibidos por los pediatras. Aquí, en un estilo de preguntas y respuestas, transcribo lo que el buen doctor decía sobre el llanto:

¿Cuándo es útil el llanto?

En el recién nacido, el llanto expande los pulmones, y es necesario que se haga repetir durante unos minutos cada día para que queden bien expandidos.

¿Cuánto llanto es normal para un bebé muy chico?

Entre 15 a 30 minutos por día.

¿Cuál es la naturaleza de este llanto?

Elevado y fuerte. Se les pone roja la cara, y de hecho, se trata de un grito. Esto es necesario para una buena salud. Es el ejercicio del bebé.

¿El llanto es de indulgencia o hábito?

A menudo es escuchado en bebés muy jóvenes, que lloran para que los amaquen, que los alcen, a veces para que dejen

una luz en su cuarto, o para pedir una mamadera o chupete, o para la continuación de cualquier otro hábito malo que ha adquirido.

¿Cuándo puede uno estar seguro de que el llanto es para que lo malcrien?

Si para de llorar inmediatamente después de recibir lo que desea y cuando llora porque se le retira su antojo.

¿Cómo debe manejarse un bebé que llora por enfado o mala crianza?

Simplemente dejándolo llorar. Raramente se necesita una segunda lucha.

¿A qué edad se puede comenzar a jugar con el bebé?

Nunca antes de los cuatro meses y mejor aún hasta los seis meses. Cuanto menos se juega, mejor.

¿Cuál es el daño producido al jugar con bebés muy chicos?

Los vuelve nerviosos e irritables, duermen mal y sufren en otros aspectos.

También el Dr. Holt recomendaba alimentarlo a intervalos regulares, poniéndolo en la cama a exactamente la misma hora cada día y noche, dejando de alimentarlo de noche a los cinco meses y no mecerlo porque *es inútil y a veces nocivo*. Afirmaba también que bajo ninguna circunstancia debe permitirse que el bebé duerma con la madre.

LOS CHICOS LLORAN PORQUE TIENEN PROBLEMAS

Gran parte de los consejos del Dr. Holt son aún aceptados por muchos pediatras. Estúdielo y luego haga lo opuesto. Los niños lloran porque tienen hambre, o se sienten solos o cansados o *mojados* o con algún dolor. La gente compasiva no rehusa consolar a un adulto que llora por cualquier razón. ¿Por qué, en

nombre del cielo, una madre amorosa dejaría de consolar a su pequeño niño? Si el niño llora no lo deje continuar. Levántelo y descubra lo que le pasa. Si llora durante la noche porque se siente solo o con miedo, llévelo con Ud. a la cama.

Siempre los psicólogos y psiquiatras me regañan cuando formulo esta última recomendación. Recuerdo haber estado en el Show de Phil Donahue con Tine Thevenin, autores de *The Family Bed* (La Cama Familiar) y un psiquiatra que invocaba el complejo de Edipo y otras teorías populares, tratando de acomplejarla. Donahue solicitó mi opinión y le dije que estaba de acuerdo con el psiquiatra. ¡Dije que los psiquiatras no debían llevarse sus hijos a la cama, pero que podía hacerlo cualquier otro!

Los hábitos intestinales, diarrea, constipación y control de esfínter son también preocupaciones paternas que comienzan al nacer y continúan a través de toda la vida. Muchas madres primerizas se preocupan por el aspecto y condición de las heces del bebé, en especial si lo amamantan. El color y la consistencia de las heces del bebé varían considerablemente dependiendo de su dieta. Si recibe pecho, por ejemplo, sus heces se parecen a huevos revueltos. Esto no es diarrea, sino perfectamente normal y no preocupante. Aunque existe el peligro de que su pediatra pueda usar esta condición normal como excusa para aconsejarle cambiar la lactancia materna por la leche de fórmula.

Si esto ocurre, no le lleve el apunte. La regla más razonable para seguir es ésta: si su chico prospera y aumenta de peso, no se preocupe por el grado de consistencia de las heces, sea que estén extremadamente sueltas o duras como canicas. Lo que debe preocupar es si no está prosperando, si pierde peso o si tiene heces sanguinolientas. En este caso vea al doctor. Pero aún si esto es necesario, desconfíe de las medicaciones a menos que el doctor pueda diagnosticar una causa específica. Los pediatras son inveterados observadores de heces, inclinados a tratar las heces sueltas con narcóticos como el Lomotil. En ausencia de una enfermedad específica, un curso más razonable, que en realidad no precisa supervisión médica, es investigar posibles alergias alimentarias y luego eliminar los alimentos ofensivos. El alimento más culpable puede ser la leche de vaca.

Esto también es válido en lo que respecta a la constipación. No existe un número mágico de evacuaciones al cual deba conformarse su bebé y ninguna necesidad de preocupación si solo tiene una por día. Si el chico parece constipado, busque la causa en la dieta y sólo vea al doctor si la constipación se acompaña por dolores o hemorragias.

En lo que atañe al entrenamiento para control de esfínter, no preste atención al consejo médico, porque el pediatra no sabe más sobre esto que cualquiera. Es un asunto de familia. No hay diferencia alguna, excepto en términos de su propia conveniencia, si entrena a su chico al principio o más tarde. Algunos niños lo aprenden fácilmente. Otros no y no tengo una fórmula mágica que pueda Ud. usar. Sin embargo mis hijas la tienen. ¡Le pidieron a su madre les aconsejara para entrenar a sus hijos a no ensuciar los pañales!

La conducta emocional del niño que puede provocar frustración y enojo a los padres puede ser interminable, desde los *terribles dos años* a la *adolescencia turbulenta*. Lo que Ud. debe recordar, cuando se irritan sus nervios, es que todos se originan del proceso desarrollista sin el cual su niño nunca llegaría a ser un adulto funcional. Además raramente o nunca el castigo corporal es la solución.

Su reacción inmediata será posiblemente de enojo cuando un chico que gatea tira del mantel y destroza su jarrón favorito. Si es así, Ud. debe controlar su rabia, porque a esa edad un castigo físico precipitado no resolverá el problema; sólo confundirá al chico. Una reacción más apropiada sería recordando que el chico no es deliberadamente travieso. Está simplemente ejercitando su normal curiosidad que le permitirá aprender y a probar sus recientemente halladas habilidades. Luego, firmemente pero no con enojo, enséñele la palabra *no*, y ponga el resto de sus objetos queridos fuera de su alcance.

EL CASTIGO NO ES LA SOLUCION

Virtualmente todos los comportamientos infantiles que inquietan provienen de alguna causa emocional. Su respuesta no debe ser el castigo sino aislar la causa. A menudo, el chico al

cual finalmente, y después de una larga lucha, le enseñó a evacuar en la pelela o el retrete, repentinamente volverá a mojarse los pañales o la ropa. Esto no es adrede, porque al chico no le gusta realmente mojarse la ropa ni tampoco le gusta la negativa respuesta materna que evoca. Es virtualmente cierto, cuando esto ocurre, que el chico está reaccionando ante algún estrés ambiental. No le pegue; trate de identificar y eliminar la tensión.

Recuerde, si su chico se vuelve repentinamente violento con sus compañeros de juego, o se convierte en un problema disciplinario en la escuela, probablemente está reaccionando ante alguna situación o problemas más allá de su control. Podría ser una enfermedad, exhaustión, hambre o defectos visuales o auditivos, o simplemente una reacción al alboroto hogareño. Puede ser una respuesta a un deterioro de su auto-imagen porque Ud. espera de él cosas irreales. Si es así, no reaccionará positivamente al castigo. La cura más apta será un apoyo emocional y constantes despliegues de amor y afecto.

Por supuesto, el niño debe ser orientado hacia una conducta adulta responsable, pero los padres no deben anticipar que lo alcance de una vez. Ni hay tampoco alguna evidencia convincente de que puede ser alcanzado efectivamente empleando la vieja máxima de "*escatimando el palo, el chico se malcría*". El castigo corporal a cualquier edad lo confunde y traumatiza, porque no alcanza a comprender cómo la madre y el padre que ama, y que se supone lo aman, están súbitamente rabiosos contra él y le causan un dolor físico. Esto lo hace sentir inseguro, resentido y hasta inservible, y la consecuencia puede ser un daño psicológico.

El impacto del castigo físico sobre el desarrollo infantil ha sido estudiado extensamente, y el consenso de esta investigación es que la violencia daña tanto a los padres como al niño. Falla en enseñar al niño *qué hacer* y sólo rinde beneficios temporarios, si los hubiere, en enseñarle lo *que no debe hacer*. No negaré que en ocasiones he alzado rabiosamente mi mano, pero en su mayor parte he tratado de alcanzar el resultado deseado con mis propios hijos utilizando el ejemplo y la provisión de estímulos tiernos y amantes. Estoy más que satisfecho con los resultados. Y abrigo la esperanza de que también mis nietos

reciban raramente castigos físicos de cualquier tipo.

ALGUNAS MAXIMAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA INFANCIA

Si tanto se ha frustrado Ud. por cualquier aspecto de la conducta del hijo que se ha visto tentada a proporcionarle un castigo corporal, refrénesse. Considere medios alternativos para modificar estos comportamientos, que pueden ser eficaces. Existen numerosas alternativas a la violencia, pero el tema es demasiado vasto para tratarlo aquí. Con seguridad encontrará Ud. buenos consejos en las librerías especializadas, de manera que sólo le proveeré un puñado de máximas sobre la conducta infantil que he desarrollado para mis pacientes a través de los años.

- * El niño no es un adulto, de forma que no espere que se comporte como si lo fuera.
- * El niño aprende haciendo, de manera que no piense que aprobará Ud. todo lo que hace.
- * Son muy pocos los chicos cuyo comportamiento satisface las expectativas paternas.
- * Es más posible que el niño haga lo que Ud. hace que lo que Ud. diga.
- * La adolescencia es una época en la cual el niño aprende a ser adulto tratando de volar. Puede necesitar una correa, pero nunca una jaula.
- * A menudo es menos importante para los padres controlar la conducta de sus hijos que la propia.
- * El niño *reacciona* al enojo; pero *responde* al amor y afecto.
- * El dolor que inflinge a su hijo será posiblemente inflingido a sus nietos.

Parece ser que un medio ambiente familiar seguro y amante y estabilidad emocional en el hogar sean los elementos principales para sobrepasar algunos de los comportamientos específicos que preocupan o disgustan a los padres. Estos incluyen chuparse los dedos, comerse las uñas, meterse los dedos en la nariz, mecerse

y golpearse la cabeza, mojar la cama y hábitos nocturnos erráticos. Existe un sinnúmero de tratamientos folklóricos para estas molestias comunes, algunas de las cuales funcionan para ciertos chicos, pero no hay una *cura* médica específica para ninguna.

Puede Ud. tratar muy exitosamente estos problemas si evita convertirlos en cuestiones de Estado, si atiende estrechamente las necesidades emocionales del niño, si se asegura de que él sabe que Ud. le quiere, haga lo que haga, y si Ud. se esfuerza por darle seguridad. Si desarrolla este tipo de cálida relación con él, hará aún más que eliminar estas costumbres enojosas, ¡será Ud. recompensado con un niño feliz, confiado y emocionalmente estable!

Capítulo VII

LA FIEBRE: DEFENSA CORPORAL CONTRA LA ENFERMEDAD

¿Se preocupa Ud. cuando su chico tiene fiebre y en esta instancia, se precipita al teléfono para que lo sepa enseguida el doctor? Muchos padres lo hacen, porque los profesionales médicos — doctor y enfermeras — les han hecho creer que todas las fiebres son peligrosas. También han reforzado los médicos la noción equivocada de que los grados de fiebre de un niño miden la importancia de su enfermedad. Por esa razón la fiebre es el síntoma que produce un 30 % de los pacientes que ve un pediatra.

Cuando llamamos por teléfono para anunciar que el chico está enfermo, invariablemente la primera pregunta del pediatra es: *¿Tomó su temperatura?* Sea que le anunciemos 38° ó 40 grados, con toda probabilidad nos aconsejará darle una aspirina y llevarlo al consultorio. Este rito es casi universal entre los pediatras. ¡Sospecho que algunos de ellos se desempeñan mecánicamente y ofrecerían el mismo consejo si se les dijera que la temperatura del niño fuera de 43 1/2 grados!

Lo que me molesta es que formulen una pregunta equivocada y den un consejo equivocado. El hecho mismo de que la fiebre sea su primera preocupación significaría que hay algo implícitamente peligroso en la fiebre. Luego cuando recetan aspirina nos llevan a pensar que es necesario y deseable tratar

al chico con drogas para reducir la fiebre.

Esta charada continúa cuando lo lleva al consultorio. En la mayor parte de las prácticas, lo primero que hace la enfermera es tomarle la temperatura y consignar la cifra en su tarjeta. Eso es correcto. Una temperatura elevada ofrece una clave diagnóstica que puede tener importancia en el contexto de todo lo demás que el médico aprende en su examen subsiguiente. Pero demasiado a menudo el problema es que se le da una importancia indebida a la fiebre. Cuando finalmente el médico llega al consultorio, lo primero que hace es consultar la tarjeta y luego de asumir una expresión de benigna preocupación, dice gravemente: “¡Hum, 39 grados. Bueno, debemos hacer algo para eso!”

Esto es un disparate — un disparate engañoso — porque de por sí, la presencia de fiebre no significa que el médico deba o debiera hacer algo al respecto. A menos que existan síntomas adicionales tales como intranquilidad extrema, conducta anormal, dificultad respiratoria y otras que indicarían la presencia de enfermedades graves como difteria o meningitis, su médico debiera decirle que no hay por qué preocuparse y que se lleve al chico de vuelta a casa.

No es sorprendente, considerando esta descarriada preocupación de los médicos por la fiebre, que la vasta mayoría de los padres interrogados en estudios le temen mucho y que su suma de preocupación aumenta con cada grado de temperatura registrada en el termómetro. Pocas veces se justifica tal preocupación. Se evitará Ud. mucha angustia y su chico una cantidad de análisis, radiologías y medicaciones potencialmente peligrosas e innecesarias. Para eso sólo debe tener en mente algunos datos básicos sobre la fiebre. Estas son verdades que todo médico debiera conocer, que muchos parecen descartar y que, en general, no le comunican a Ud.

VERDAD No. 1 : Una temperatura de 36.8 grados no es una temperatura *normal* para todos.

Esto es algo que nos han dicho desde siempre, pero simplemente no es así. El estandar de 36.8 grados para la temperatura corporal es meramente un promedio estadístico, y lo *normal* para la mayoría puede ser un poco más o menos. Esto es especialmente valioso en el niño. Su temperatura *normal* medida

en estudios cuidadosamente controlados, iba de un mínimo de 35.8 grados a un máximo de 37.6 grados. Muy pocos de estos niños que gozaban de buena salud registraban precisamente 36.8 grados.

También puede fluctuar significativamente la temperatura de un niño durante el espacio del día. Podemos anticipar que sea de 1/3 de grado mayor al anochecer que en el amanecer. De manera que una lectura elevada tomada a la hora de la cena puede ser una lectura perfectamente normal que ocurre a esa hora casi cada día.

VERDAD No. 2 : *La temperatura de su niño puede subir por una porción de razones que no significan enfermedad.*

La temperatura de un niño puede subir mientras digiere una comida pesada. Esto, en adolescentes púberas puede acrecentarse debido a la ovulación. A veces es un efecto secundario de la medicación recetada por su médico — antihistaminas y otras.

VERDAD No. 3 : *Las fiebres que deben preocuparle generalmente tienen una causa obvia.*

La mayor parte de las fiebres que indican una alteración grave resultan de un envenenamiento, o exposición a sustancias tóxicas en el medio ambiente, y a causas que llevan a un golpe de calor. Probablemente habrá Ud. visto esto último personalmente o en la T.V. — un soldado sufriendo un colapso durante un desfile, o un corredor de maratón cayéndose en el camino, debido a un esfuerzo excesivo bajo el sol caliente. Temperaturas de 41 1/2 grados o más, resultantes de estas causas, pueden producir perjuicios corporales, como llega a suceder cuando alguien se sobrecalienta por pasar demasiado tiempo en un Sauna o Jacuzzi.

Si sospecha que su niño ha tragado una sustancia venenosa, llame inmediatamente a la Asistencia Pública. Si no puede hacerlo, no espere para ver si existen reacciones adversas. Llévelo enseguida a la sala de terapia intensiva de un hospital y si es posible, tráigase el envase del veneno. Esto ayudará a determinar el antídoto apropiado. La mayor parte de las veces la sustancia tragada será relativamente inocua, pero se alegrará de haber solicitado ayuda rápidamente cuando la sustancia era peligrosa.

También es esencial un tratamiento inmediato si el chico tiene un colapso y pierde el conocimiento — aunque sea breve.

mente — después de una actividad extrema bajo el sol caliente o por una fuerte exposición en el Sauna o Jacuzzi. No sólo llame al doctor. Llévelo enseguida a terapia intensiva. Estas influencias externas son potencialmente peligrosas porque pueden colmar las defensas corporales que usualmente impiden que las temperaturas suban a niveles peligrosos.

Los aumentos de temperatura causados por eventos de este tipo son, por supuesto, muy raros. Pueden ser identificados por su conocimiento de las circunstancias y por los síntomas asociados tales como pérdida de conciencia que no dejan dudas sobre el problema grave que afecta al niño.

VERDAD No. 4 : *Las lecturas de temperaturas varían dependiendo de cómo se tomen.*

Las temperaturas rectales en niños de mayor edad son, por lo general, de 1/3 de grado más que las tomadas por boca y axilas. Sin embargo, en el bebé es usual que la temperatura rectal varíe sólo ligeramente entre las temperaturas orales y axilares. En consecuencia, una lectura axilar es bien adecuada para determinar la temperatura de un niño pequeño, siendo innecesario el uso del termómetro rectal. Además, evitará producir una perforación en el recto — accidente raro pero que puede ocurrir al insertar el termómetro rectal. Menciono este riesgo sólo porque las perforaciones rectales pueden ser fatales en la mitad de los casos. Por eso aconsejo a los padres de no practicarlas. ¿Ya que no hay necesidad de hacerlo, para qué correr el riesgo de perjudicar al niño?

Finalmente, no asuma que puede determinar el grado de fiebre colocando su mano sobre el pecho o frente del niño. Se ha demostrado que expertos profesionales de la salud tampoco pueden determinarlo con algún grado de seguridad, y tampoco los padres.

VERDAD No. 5 : *Al aconsejar en contra del tratamiento de la fiebre en sí, hago una excepción en casos de recién nacidos.*

El recién nacido puede sufrir por infecciones relacionadas con la intervención obstétrica, por condiciones prenatales o hereditarias o hechos ocurridos poco después del parto. El bebé puede desarrollar abscesos en el cuero cabelludo como resultado de inspecciones fetales antes del parto o por pulmonía aspirada

por el fluido amniótico forzado a penetrar en los pulmones debido a la sobremedicación de la madre durante los dolores del parto. Puede sufrir una infección debido a una circuncisión practicada por el obstetra antes de dejar el hospital. Finalmente, puede desarrollar infecciones resultantes de la legión de gérmenes que abundan en el hospital (¡una de las razones por la cual todos mis nietos nacieron en casa!). La prudencia exige que lleve su recién nacido al médico si tiene una fiebre persistente a cualquier nivel durante los primeros meses de vida!

VERDAD No. 6 : *Si su bebé está afiebrado podrá ser por llevar exceso de ropa.*

Los padres, en especial si son primerizos, a menudo se preocupan por mantener al bebé con calor. Lo envuelven con capa tras capa de ropa y frazadas, olvidando que el niño no puede sacársela si el calor se vuelve opresivo. Esto puede resultar en una temperatura elevada. Si el bebé ya tiene temperatura, quizá acompañada por escalofríos y Ud. reacciona envolviéndolo fuertemente con mantas pesadas, el resultado será un mayor aumento de temperatura. Una regla simple para seguir, y que sugiero a mis pacientes, es vestir al bebé con las mismas ropas con las cuales uno está cómodo.

VERDAD No. 7 : *La mayor parte de las fiebres son causadas por infecciones virósicas y bacterianas que las propias defensas del cuerpo superarán sin ayuda médica.*

El resfrío común y la gripe son las fuentes más comunes de temperaturas corporales en niños de toda edad. Pueden generar fiebres que llegan a subir hasta 40.5 grados, pero aún en tal caso no constituyen una causa legítima de alarma. El riesgo potencial es la deshidratación, que puede resultar de condiciones acompañantes tales como una transpiración excesiva, rápida respiración, tos, nariz chorreante, vómitos y diarrea. Puede ayudar a evitar la deshidratación asegurándose que el chico reciba suficiente fluido. Una buena regla a seguir es tratando que el paciente beba unos 200 gr. de líquido cada hora, en especial fluidos nutritivos. Sin embargo, esto es mucho líquido y no importa de qué tipo sea, de manera que hágale beber jugo de fruta, agua, té o lo que esté dispuesto a tomar.

En la mayor parte de los casos podrá identificar una fiebre

como producto de una infección virósica o bacteriana, porque los síntomas que acompañan son típicos de estas molestias — una tos ligera, una nariz tapada o chorreante, ojos acuosos, etc. — No hay necesidad de llamar al doctor o de dar alguna forma de medicación si no existen otros síntomas, porque no hay nada que pueda recetar el médico o Ud. que cure una infección virósica o bacteriana con tanta eficacia como podrán hacerlo las propias defensas del cuerpo. Las medicaciones dadas para aliviar una incomodidad pueden interferir con los esfuerzos homeostáticos del cuerpo por razones que exploraré más ampliamente en otro capítulo. Los antibióticos pueden acortar el curso de una infección bacteriana, pero los riesgos son mayores que los beneficios.

VERDAD No. 8 : *No existe una relación uniforme entre la elevación de la temperatura de un niño y la gravedad de la molestia.*

Existe un concepto erróneo común considerando que la elevación de temperatura indica la gravedad de una enfermedad, pero no hay consenso entre los padres y aún entre médicos sobre qué es *elevado*. Entre mis pacientes he encontrado una notable fluctuación de creencias en esta materia y también al respecto de cuál debe ser el nivel de fiebre antes de que sea *demasiado alta*. La investigación ha demostrado que más de la mitad de los padres consideran que una fiebre es *elevada* a niveles entre 37.5 y 39 grados, y casi todos consideran que es *alta* si alcanza los 39.5 grados. También presumen estos padres que la elevación de la fiebre indica el grado de enfermedad del niño.

Esto, enfáticamente, no es el caso. Conocer el nivel preciso de la fiebre de un niño no le dirá cosa alguna sobre el alcance de su enfermedad, si la fiebre es producida por una infección virósica o bacteriana. Una vez que haya determinado que la fiebre del niño es causada por una infección, es inútil afanarse a su alrededor, tomarle la fiebre cada hora o determinar su elevación. Nada ganará midiendo su elevación y si lo hace, probablemente magnificará sus temores y perturbará al niño.

Algunas enfermedades comunes y no amenazantes como la rubeola producen temperatura extremadamente elevada en algunos chicos, mientras que otras enfermedades más graves pueden

no producir ninguna. A menos que la fiebre de su hijo se acompañe con síntomas adicionales, como vómitos o dificultades respiratorias, no hay motivo de preocupación aunque llegue a 40.5 grados.

Más importante que determinar si la fiebre resulta de una infección benigna como puede ser el resfriado común, o más grave como una meningitis, es el aspecto, conducta y actitud general del chico. Estos son todos los factores que puede juzgar más acertadamente y con mayor destreza que su médico, porque Ud. es la máxima autoridad en todo lo que atañe al aspecto y conducta de su hijo. Si se ve agitado o confundido, o despliega otra conducta anormal, puede justificarse una llamada al doctor si los síntomas persisten por uno o dos días. Pero si se ve activo y jugando y comportándose con normalidad, no necesita Ud. temer que su molestia sea preocupante.

De vez en cuando, leo un artículo en una de las publicaciones pediátricas sobre la *fobia de fiebre*. Es un término utilizado por los médicos para describir el temor *irracional* que los padres sienten por la fiebre. Esto es típico de la actitud de *culpar a la víctima* que prevalece en mi profesión. Los médicos no cometen errores: cuando ocurren, la culpa es siempre del paciente. En lo que a mí respecta, la *fobia de fiebre* es una enfermedad de los pediatras, no de los padres y hasta el punto que los padres sean victimizados por esta fobia, la culpa es de los médicos.

VERDAD No. 9 : *Las fiebres no tratadas causadas por infecciones virósicas o bacterianas no suben inexorablemente y no excederán los 40.5 grados.*

El médico puede hacerle un mal servicio a Ud. y a su hijo cada vez que receta fármacos para reducir la fiebre. El efecto de este consejo es para validar el temor común que sienten muchos padres de que siga subiendo la temperatura del niño a menos que se tomen medidas para reducirla. Lo que no les dicen es que la reducción artificial de la fiebre no hará nada para mejorar al paciente, o que nuestros organismos tienen un mecanismo construido, no plenamente explicado, que prevendrá que una temperatura inducida por infección alcance los 41 grados.

Sólo en casos de paro cardíaco, envenenamiento u otras fiebres causadas externamente su mecanismo corporal es sobrepasa-

do y anulado momentáneamente. Y es en estos casos que las temperaturas alcanzan los 41 grados o más. Los médicos lo saben, pero en su mayor parte se comportan como si no lo supieran. Considero que están motivados por el simple deseo de hacerle creer a Ud., el padre, que han hecho algo para ayudar al niño. Sumado a esto, están exhibiendo su compulsión para intervenir siempre que se les ofrezca la oportunidad y por su renuencia por admitir que existen enfermedades que no pueden tratar efectivamente.

¿Descartando las enfermedades terminales, alguna vez le dijo un médico a su paciente: *Nada puedo hacer?*

VERDAD No. 10 : *Las medidas para bajar la temperatura, tales como dar drogas o espongina, son peor que innecesarias; son contraproducentes.*

Si su niño contrae una infección, la fiebre que la acompaña es una bendición, no una maldición. La temperatura sube debido a la liberación espontánea de pirógenos. Es un mecanismo natural de defensa que emplea nuestro organismo para luchar contra la enfermedad. La presencia de fiebre nos dice que los mecanismos reparadores del cuerpo funcionan a pleno.

El proceso funciona así: cuando se desarrolla la infección, el organismo del niño responde produciendo glóbulos blancos llamados *leucocitos*. Estos destruyen las bacterias y virus y remueven del cuerpo los tejidos deteriorados y los materiales irritantes. Asimismo se intensifica la acción de los glóbulos blancos y se mueven con mayor rapidez hacia el lugar infectado. Esta parte del proceso, llamada *leucotaxis*, es estimulada por la liberación de los pirógenos que elevan la temperatura corporal. De allí la fiebre. Una temperatura corporal en alza indica que el proceso curativo está apurando. Eso es motivo de alegría, y no de temor.

Pero eso no es todo lo que está pasando. El hierro, que muchos gérmenes precisan para prosperar, es removido de la sangre y almacenado en el hígado. Esto reduce la tasa de proliferación bacteriana. También se efectiviza la acción del interferón, una sustancia que lucha contra la enfermedad, y que el cuerpo produce naturalmente.

Para demostrar este proceso, en experimentos animales se

han inducido fiebres en forma artificial. Las temperaturas elevadas reducen la tasa de mortalidad en animales infectados con enfermedades, pero si se reduce su temperatura, mueren en mayor cantidad. En realidad, las temperaturas artificialmente inducidas han sido usadas durante muchos años para tratar enfermedades en humanos que no producen fiebres en forma normal.

Si su hijo está afiebrado debido a una infección, resista la tentación de usar drogas o espongina para reducir su fiebre; deje que siga su curso. Si su corazón de padre le impulsa a hacer algo para aliviar la incomodidad de su hijo, pásele una esponja con agua tibia o déle una tableta de acetaminógeno según la dosis recomendada para su edad. No haga otra cosa a menos que persista la fiebre durante más de tres días, o que se desarrollen otros síntomas, o si su chico tiene un aspecto realmente enfermizo, o actúa como tal. En tal caso, consulte a su doctor.

Deseo enfatizar que aunque reduciendo su fiebre podrá hacer que su niño esté más cómodo, estará interfiriendo con un proceso curativo natural. Mi única razón para discutir los métodos para reducir la fiebre es por la probabilidad de que algunos padres no podrán resistir hacerlo. Si desea calmar al chico, debido a los riesgos asociados con la aspirina y el acetaminógeno, es mejor que le pase una esponja tibia. A pesar de ser usadas con frecuencia, están lejos de ser drogas inocuas. Probablemente la aspirina envenena a más chicos cada año que cualquier otra sustancia tóxica. Es una forma de ácido salicílico, sobre el cual también se basa un anticoagulante usado en venenos comerciales para ratas que producen muerte por hemorragia interna.

La aspirina puede fabricar una serie de efectos secundarios en niños y adultos, y el menor de éstos es la hemorragia interna. También ha sido asociada con el síndrome de Reye cuando se le da al niño en casos de gripe o varicela. Esto a menudo es una enfermedad fatal infantil que afecta el cerebro y el hígado. Y constituye una razón por la cual tantos médicos han optado por prescribir acetaminógenos (Tylenol, etc.). Esto, en realidad, no resuelve el problema, porque está emergiendo mucha evidencia de que grandes dosis de esta droga pueden ser tóxicas para el hígado y los riñones. También vale la pena señalar que a veces los bebés nacidos de madres que toman aspirinas sobre el final de

los dolores del parto o durante el parto, son víctimas de hematoma cefálico, una condición en la cual aparecen protuberancias cargadas de fluido sobre el cuero cabelludo.

Si Ud. no puede resistir pasar una esponja para reducir la fiebre del niño, use agua tibia y no agua fría o alcohol. La reducción de la fiebre por este método se produce por evaporación, no por la temperatura del agua. No existe beneficio agregado al pasar una esponja al niño con agua inconfortablemente fría. No use alcohol, porque no es más eficaz que el agua tibia y las emanaciones liberadas durante la evaporación pueden ser tóxicas para un niño pequeño.

VERDAD No. 11 : *Las fiebres producidas por infecciones virósicas o bacterianas no causarán perjuicio cerebral o daño físico permanente.*

El temor de las fiebres elevadas tiene por base la difundida creencia de que pueden provocar un perjuicio físico o cerebral permanente si se permite que la fiebre sea *demasiado alta*. Si fuese cierto, justificaría cualquier nivel de pánico que pudiera afectar a los padres y porque muchos padres creen que es así, a menudo lo hacen.

Si Ud. abrigó ese temor, descarte todo lo que le han hecho creer sobre fiebres los médicos, sus padres, abuelos, esposa y hasta el amistoso experto médico vecino que le ofrece su consejo mientras toman su taza de café a la mañana. ¡Hasta las abuelas suelen no tener razón! El resfrío o la gripe de su chico o cualquier otra infección no producirá una fiebre que exceda de 41 grados y por debajo de ese nivel la temperatura no causará daño duradero.

Como las defensas corporales del niño impedirán que las infecciones produzcan fiebres de 41 grados, no necesita Ud. vivir bajo el temor de un perjuicio mental o físico cuando comienza a subir la fiebre. Dudo que muchos pediatras, incluso los que han practicado desde hace décadas, hayan visto más de uno o dos casos de fiebres superiores a 41 grados durante toda su carrera. Lo que sí vieron fueron resultados de causas que no eran infecciones, tales como envenenamiento o paro cardíaco. He tratado a decenas de miles de chicos y sólo he visto un caso con temperatura superior a 41 grados. Esto no debe sorprender, porque se

estima que un 95 % de las fiebres infantiles no alcanzan a los 41 grados.

VERDAD No. 12 : *Las fiebres elevadas no causan convulsiones. Estas resultan cuando la temperatura sube a una tasa rápida.*

Muchos padres temen a las fiebres porque han presenciado un ataque convulsivo y consideran que su hijo pueda experimentarlo si se permite que la temperatura suba *demasiado*. Yo simpatizo con quienes tienen esta preocupación, porque un chico con convulsiones ofrece un espectáculo estremecedor. Si Ud. ha presenciado esta situación, será difícil que crea que raramente es grave. Es también relativamente poco común; se estima que sólo un 4 % de los niños con fiebre elevada experimentan convulsiones relacionadas con fiebre. No existe evidencia de que los que las tienen sufren como resultado algunos efectos posteriores graves. Un estudio de 1706 niños que tuvieron convulsiones febriles fallaron en revelar una sola muerte o defecto motor. Tampoco hay evidencias convincentes de que los ataques febriles en la niñez aumenten la susceptibilidad a epilepsia en la vida futura.

Sin embargo, más al punto es el hecho de que casi siempre el tratamiento para prevenir convulsiones febriles se practica demasiado tarde para servir su propósito. La medicación y la esponjina son ejercicios inútiles porque, para cuando el padre es consciente de que el chico tiene fiebre, existe la probabilidad de que la convulsión resultante ya haya ocurrido. Esto es debido a que la convulsión no está relacionada con el grado de elevación febril del niño *sino con el grado de rapidez con que aumenta la temperatura a cualquier nivel alcanzado*. Para cuando Ud. tomó conciencia de la temperatura del niño, es muy probable que se haya producido ese rápido aumento, y a menos que se produjera la convulsión, habrá pasado el período peligroso.

La posibilidad de convulsiones febriles está básicamente limitada a niños de menos de cinco años de edad, y aún en tal caso, es difícil que se reiteren después de ese período. Cuando el niño experimenta una convulsión, muchos médicos prescribirán una terapia a largo plazo con fenobarbital u otros anticonvulsivos para prevenir la recurrencia de ataques cuando ocurre otra fiebre.

Si su médico sugiere este tratamiento para su hijo, le exhorto a cuestionarle los riesgos de una terapia anticonvulsiva a largo plazo. Asimismo solicítele sobre los cambios de comportamiento que podrá producir en el chico. Entre los médicos no hay consenso sobre el manejo a largo plazo de estos ataques febriles. Las drogas más comúnmente usadas pueden causar lesiones al hígado, y los estudios con animales sugieren que tienen un impacto negativo en el desarrollo cerebral. Una autoridad sobre el tema ha discutido que *algunos pacientes podrán tener mejores resultados llevando una vida más normal entre ataques ocasionales que viviendo libres de ataques en un estado perpetuo de sopor y confusión inducido por drogas...*

Me han entrenado a prescribir fenobarbital preventivamente para niños que tenían convulsiones febriles. En la actualidad, el estudiante de medicina sigue aprendiendo la misma estrategia. Comencé a dudar del procedimiento cuando comprobé que aún tomando fenobarbital algunos pacientes tenían repetidas convulsiones. Esto, obviamente, suscitaba una interrogante sobre si aquellos que tomaban fenobarbital y estaban libres de ataques se beneficiaban con la droga o si escaparían de otra convulsión no habiéndola tomado. Mis dudas aumentaron cuando algunas madres comenzaron a informar que esta droga sobre-estimulaba a sus niños en vez de aquietarlos, o que los aquietaba de tal manera que estos chicos normalmente activos y comunicativos, parecían, en vez, actuar como semi-zombies. Como las convulsiones son tan infrecuentes y porque no causan daños perdurables, he dejado de prescribir esta terapia.

Si su hijo sufre una convulsión febril y su pediatra prescribe una terapia anticonvulsiva a largo plazo, deberá Ud. determinar si desea aceptarla. Comprendo que le será difícil cuestionar los tratamientos prescritos por su pediatra y que cuando lo hará podrá Ud. experimentar una réplica brusca e indiferente. Si esto es lo que ocurre cada vez que cuestiona una medicación propuesta por su pediatra, de nada servirá discutir con él. Acepte la prescripción y luego solicite una nueva opinión a otro doctor antes de decidir si debe aceptarla.

En caso de que se produzca una convulsión inducida por fiebre, no ceda al pánico. Este es un consejo mucho más fácil de

ofrecer que de seguir, porque el espectáculo que ofrece un hijo en medio de una convulsión puede ser muy enervante. Cálmese recordando que las convulsiones no amenazan la vida y que no resultarán en un perjuicio físico, y luego adopte algunos pasos sencillos para proteger al niño.

Primero, colóquelo sobre un costado, para que no le atragante su propia saliva. Luego trate de que no se golpee la cabeza contra algún objeto duro o cortante mientras está moviéndose violentamente. Asegúrese de que no tenga una obstrucción respiratoria durante el ataque y coloque un objeto firme pero blando, como un guante plegado de cuero o una billetera (no su dedo) entre sus dientes, para que no se muerda la lengua. Luego, y para la paz de su propio espíritu, llame al médico y dígame lo que ha pasado.

La mayor parte de los ataques sólo duran unos minutos. Si alguno se prolonga, llame al médico y solicítele consejo. Puede Ud. anticipar que una vez pasado el ataque, el niño se duerma, pero aún si no lo hace, no le ofrezca nada de comer o beber hasta pasada una hora, porque de otra manera podría estar tan amodorrado como para aspirar el alimento y atragantarse.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA LA FIEBRE

Las fiebres son síntomas comunes en niños y no indican una enfermedad grave a menos que esté asociada con cambios muy marcados en la apariencia o comportamiento u otros síntomas importantes tales como dificultad respiratoria o desmayos. La elevación de la fiebre no mide la gravedad de la enfermedad. Las fiebres inducidas por infecciones no alcanzarán niveles que puedan ocasionar perjuicios permanentes. En general, las fiebres no requieren atención médica, excepto las recomendaciones que siguen. Las fiebres constituyen las defensas naturales del cuerpo contra la infección y debe permitirse que sigan su curso sin medicación u otro tratamiento destinado a reducirlas.

1. Si el chico tiene menos de dos meses y su temperatura excede los 37.2 grados, llame a su doctor. La fiebre podrá ser síntoma de una infección de origen prenatal o relacionada con el parto. Las fiebres en el recién nacido son tan poco comunes que pueden justificar una visita al médico, aunque si no más fuera por simple medida de prudencia o para pacificar su espíritu, pero en general no es necesario.
2. En casos de niños de mayor edad es innecesario llamar al médico a menos que no se abata la fiebre dentro de los tres días o si la acompañan síntomas como vómitos, dificultad respiratoria, una tos persistente de varios días u otros síntomas importantes usualmente no asociados con el resfrío común. También ver al doctor si el niño evidencia continua intranquilidad, irritabilidad, o inatención, etc., y tiene un aspecto gravemente enfermo.
3. Sin importar el nivel de la fiebre, llame al médico si el niño experimenta dificultad en respirar, si vomita repetidamente o si su fiebre se acompaña de crispaciones u otros movimientos extraños, o si a Ud. le preocupan otros elementos en su conducta y apariencia.

4. Si el niño experimenta escalofríos junto con su fiebre, no trate de contrarrestarlos agregándole más frazadas. Esto simplemente hará que la fiebre aumente con mayor rapidez. Los escalofríos no son de temer, sino una respuesta normal del cuerpo y no significa frío en todo el sentido de la palabra sino parte del mecanismo por el cual el cuerpo se ajusta a un nivel más alto de temperatura.
5. Haga que el chico descanse, pero no se esfuerce demasiado. No hay necesidad médica alguna para confinarlo en cama y ni siquiera de mantenerlo dentro de la casa si el tiempo está bueno. El aire fresco y una actividad moderada podrán mejorar su disposición y tranquilizarlo y no lo enfermarán aún más. Pero debe descartar todo deporte intenso.
6. Si tiene razones para considerar que la fiebre tiene otra causa que una infección, tal como un ataque cardíaco o insolación, llévelo enseguida al hospital para terapia intensiva. En su defecto solicite atención médica.
7. No preste atención al cuento de viejas "*alimenta el resfrío y mata de hambre a la fiebre*". La nutrición es una parte importante de la recuperación de cualquier enfermedad. Siempre que el niño lo tolere, debe alimentar al resfrío y a la fiebre. Ambas condiciones queman el suministro corporal de proteína, grasas y carbohidratos y deben remplazarse. Si el niño no quiere comer, ofrézcale fluidos tales como jugos de fruta que tienen algún valor calórico. ¡Y no olvide, no es necesario ser judío para beneficiarse con una sopa de gallina!
8. Las fiebres y otros síntomas comúnmente asociados con éstas pueden causar al niño pérdida de un volumen significativo de fluidos. Esto puede producir una deshidratación. La manera de evitarla es asegurando que tome bastantes fluidos. Los jugos de fruta son convenientes, pero si los resiste, prácticamente cualquier otro fluido servirá. El asunto es tratar de hacerle tomar unos 200 gr. cada hora.

Capítulo VIII

DOLOR DE CABEZA: GENERALMENTE EMOTIVO, PERO EL DOLOR ES REAL

Prácticamente cualquier condición anormal del cuerpo — orgánica, psicológica o emocional — puede ocasionar un dolor de cabeza. La causa orgánica más común es una infección virósica o bacteriana en cualquier lugar del cuerpo, aunque también pueden responsabilizarse las alergias, las perturbaciones metabólicas o los traumas. La causa más frecuente es la tensión psicológica o emocional.

Pocas veces el dolor de cabeza necesita un tratamiento médico y cuando lo necesita, consistirá de una terapia para subsanar la enfermedad o lesión causante del dolor de cabeza, y no el tratamiento en sí de la molestia. La necesidad inmediata, cuando el chico dice que le duele la cabeza, es identificar la causa. En la mayor parte de los casos Ud. podrá hacerlo más fácilmente, y quizás más eficazmente, que el doctor.

Los médicos adoptan consideraciones estadísticas para investigar la causa de un dolor de cabeza. Al interrogar al chico y a sus padres, intentan determinar si se presentan otros síntomas y si han ocurrido algunos sucesos inusuales antes de su aparición que puedan constituir un origen emocional del problema. Si esto no da resultado, el doctor pondrá en marcha una serie de análisis incluyentes y excluyentes, investigando algunas causas

posibles y excluyendo otras. Basado en la frecuencia estadística de las causas posibles, iniciará un proceso de eliminación. Si esto no rinde un descubrimiento positivo, probablemente asumirá que el dolor de cabeza resulta de alguna forma de tensión emotiva o psicológica. Entonces es posible que recete una preparación analgésica, como un acetaminógeno (Tylenol) o aspirina. Asimismo aconsejará que los padres vigilen estrechamente al niño para poder detectar cualquier síntoma adicional.

La experiencia me enseñó que un 85 - 90 % de los dolores de cabeza infantiles pueden diagnosticarse en base a la historia del chico. No es necesaria una visita al doctor para determinar si el chico tiene gripe o un resfrío o si sufrió un impacto emotivo antes de iniciarse la molestia. La mayor parte de las veces los padres son mucho más capaces de identificar la causa que los médicos, porque sólo ellos tienen la oportunidad de observar la conducta y reacciones del hijo durante el día entero, buscando las condiciones o sucesos que pueden estar provocando el trauma psicológico o emocional. Los padres están familiarizados con sus pautas normales de conducta y en la mayor parte de las veces percibirán lo que le está perturbando. En pocas palabras, tanto el padre como la madre tienen el conocimiento y experiencia necesarias para aislar la causa psicológica y emocional, mientras que el médico no las tiene. Todo lo que dispone para adelantar es el mínimo de información extraída de los padres y el niño durante una breve visita al consultorio.

Por tal razón, si su chico sufre un dolor de cabeza, es prematuro llevarlo al médico inmediatamente. Antes de hacerlo es necesario iniciar un programa estructurado de observación y preguntas para tratar de identificar la causa. Asimismo, si el chico es muy pequeño, asegúrese de que cuando diga "*me duele la cabeza*" eso sea realmente lo que quiere decir. ¡Es increíble la cantidad de chicos que me trajeron para un tratamiento de dolor de cabeza y que estaban realmente quejándose de un dolor externo que sentían porque la hermana o algún compañero de juego le golpeó con un juguete!

COMO DESCUBRIR LA CAUSA DE LOS DOLORES DE CABEZA

Inicie su investigación explorando las áreas básicas que más a menudo provocan los dolores de cabeza en niños. Determine Ud. las respuestas a estas preguntas:

1. ¿Tiene su hijo también los síntomas de resfrío común o gripe descritos en el Cap. X? Si es así, puede asumir tranquilamente que el dolor de cabeza es un síntoma adicional de una de aquellas molestias y que no requiere tratamiento médico.
2. ¿Experimentó el chico una caída o golpe sobre el cráneo antes de empezar el dolor de cabeza? ¿Este suceso traumático fue acompañado por pérdida de conciencia? En ese caso, o si existen otros síntomas inquietantes, tales como desorientación o mareos, llame al médico, o mejor aún, lleve el chico al hospital para terapia intensiva. Si el golpe ocurrió fuera de su presencia, y no puede Ud. determinar si hubo un desvanecimiento, no se exponga, y llame al médico.
3. ¿Hubo algún cambio reciente en la dieta del niño que podría significar una alergia debida a alimentos antes no consumidos? ¿La familia se mudó a un nuevo lugar donde hay tipos de vegetación a los cuales el chico no fue expuesto anteriormente?
4. ¿Cuándo notó primero la molestia del niño? ¿El primer dolor de cabeza fue precedido por algún suceso desagradable, alarmante o emocionalmente traumático?
5. ¿Existe una recurrencia típica en el mismo momento del día? ¿Indica esto algún vínculo relacionado con una actividad específica — la escuela, lecciones de piano, etc.?
6. ¿Está el niño estrechamente asociado con una persona que utiliza los dolores de cabeza en forma rutinaria para atraer la atención o simpatía o para evadir responsabilidades?
7. ¿Qué tipo de tarea desagradable o aburrida o qué tipo de sucesos o actividades amenazadoras ha evitado anteriormente el niño gracias a un oportuno dolor de cabeza?

8. ¿Qué recompensa obtuvo gracias a previos dolores de cabeza? No descarte atenciones y simpatías crecientes.

Dentro de estas amplias categorías pueden emerger algunas causas específicas potenciales de estos dolores de cabeza en respuesta a estas preguntas adicionales:

- * ¿Ha tenido su chico recientemente una indisposición emocional debido a alguna circunstancia ocurrida en la familia o amigos? (Ejemplos: la muerte de un ser querido, una disputa entre los padres que podría preocupar sobre la posibilidad de un divorcio o separación).
- * ¿Podría el dolor de cabeza originarse por alguna situación aterradora o desagradable? (Ejemplos: temor de un encuentro físico con un condiscípulo, miedo de una mala nota en la escuela por algún deber no realizado, preocupación por algún examen futuro).
- * ¿Podría el dolor de cabeza resultar de algún cambio en las pautas habituales de vida? (Ejemplos: separación de amigos o parientes, mudanza a un nuevo hogar y la necesidad de conquistar nuevos amigos, una molestia contraída durante un viaje de vacaciones, el principio de la estación cálida).
- * ¿Podría el dolor de cabeza ser debido al deseo de escapar responsabilidades? ¿Acaso el niño *pidió prestado* el síntoma a un pariente o persona cercana que usa como rutina un dolor de cabeza para evitar un trabajo o responsabilidad? (Ejemplo: ¡si el chico debe lavar él solo los platos porque la tía Mabel sufre un dolor de cabeza justo cuando le toca esa tarea, quizá pudiera captar el mismo mensaje!).
- * ¿Qué sucesos están inmediatamente asociados con el inicio de los dolores de cabeza y su desaparición? (Ejemplo: sospechas de problemas con amigos o maestros en la escuela si el niño se queja de un dolor de cabeza mientras está sentado a la mesa de desayuno, pero que desaparece poco después que Ud. le deja faltar a clase).

HASTA LAS JAQUECAS EMOTIVAS SON REALES

Tenga siempre presente que aunque el dolor de cabeza de su chico sea de origen emocional y no orgánico, a pesar de todo es real. La común protesta adulta que dice: "*Me das un dolor de cabeza*", a menudo es más que una simple expresión de enojo. Las conductas ajenas, preocupación, temor, enojo — todo el amplio marco de emociones humanas — puede darle, en uno u otro momento y literalmente, tanto al padre como al hijo una flor de jaqueca realmente dolorosa.

Si puede identificar una causa de esta naturaleza, el tratamiento no debe ser médico. Lo adecuado es practicar una verdadera labor paterna. El niño necesita su ayuda, y ésta debe estar llena de amor, afecto, comprensión, apoyo moral y una demostración de verdadero interés de padres a hijo. Un analgésico como una aspirina o Tylenol no substituye el soporte emocional que necesita.

En la mayor parte de los casos, una observación paciente pasando revista a sucesos y condiciones recientes podrá identificar la causa del dolor de cabeza. Si no alcanza Ud. un resultado con esas medidas, continúe observando al chico de cerca para detectar cualquier otro síntoma que pueda surgir, como por ejemplo, fiebre, vómitos, tos, erupciones cutáneas, molestias visuales, pérdida de peso, fatiga y languidez crónicas y otras variaciones físicas fuera de lo normal.

También la localización del dolor de cabeza puede ayudar a determinar la causa. Si el dolor está en la frente, podemos sospechar que la fuente del problema se encuentra en los senos paranasales. En este caso una indicación adicional sería una descarga nasal verdosa o amarillenta. En general, esta condición se soluciona sola, aunque puede tomarse un poco de Tylenol para aliviar el dolor, si éste es insoportable. Mientras tanto, la utilización de un vaporizador alivia la condición destapando los pasajes nasales y permitiendo que drenen. Durante ese tiempo, el niño debe tomar bastantes fluidos para prevenir una deshidratación. Si estas medidas fallan y el dolor de cabeza es insoportable, podrá verse obligado a llevarlo al doctor y recibir una receta más efectiva como la codeína. No me gusta prescribir esta droga,

o cualquier otro narcótico, porque es adictiva y tiene muchos posibles efectos secundarios, algunos muy graves. Sin embargo, es aceptable un uso limitado de codeína para aliviar un dolor agudo.

Si hay recurrencia de estos ataques, ha llegado el momento de buscar la prevención antes que repetidos tratamientos. Debemos considerar la posibilidad de que la causa sea la comida o alergias del medio ambiente, y en tal caso habrá que identificar la sustancia o sustancias ofensivas y si no puede descubrirlo uno mismo, solicitar la ayuda de un especialista competente. El Dr. Theron Randolph, de Chicago, autor del excelente libro *Alternative Approaches to Allergy*, encabeza un grupo llamado Liga de Acción Ecológica Humana, que mantiene un registro de especialistas en ese campo. Se le puede escribir a P.O.Box 1369, Evanston, IL 60204 o llamarlo al No. (312) 864-0995, y él le dará el nombre de un profesional en su área.

Hago notar que los senos paranasales no se desarrollan hasta los seis años de edad, de manera que si su hijo es menor, el problema no se radicará en esa zona. Otra advertencia: los problemas en senos paranasales pueden ser magnificados por cambios en la presión del aire; por lo tanto, es mejor que en ese caso el niño no viaje en avión.

DOLORES DE CABEZA RESULTANTES DE TENSION

El dolor en la parte trasera de la cabeza deriva posiblemente de una tensión de origen emocional. Si el dolor está radicado sobre un costado de la cabeza podrá ser migraña, aunque es rara en niños y virtualmente desconocida antes de los diez años. Las migrañas o jaquecas son generalmente hereditarias, aunque también deben buscarse causas alérgicas. Con frecuencia se vinculan con vómitos, que luego desaparecen, permitiendo que el paciente duerma. No existe un tratamiento específico, otro que el uso de analgésicos, para aliviar el dolor.

Si fallan todas sus cuidadosas investigaciones para descubrir el origen de los dolores de cabeza que continúan molestando a su hijo, lo adecuado será consultar un médico. Pero su tiempo y esfuerzo no habrán sido en vano, porque le suministrará

informaciones detalladas que asistirán al facultativo para efectuar un diagnóstico acertado. Por supuesto, es necesario ver al médico si se desarrollan síntomas asociados que no pueden identificarse como relacionados a un principio de resfrío, gripe u otra molestia común.

Cuando vea a su médico, comparta plenamente todo lo que haya aprendido durante su búsqueda, porque toda esta información forma parte esencial de la cuidadosa historia que él debe tomar. Si parece desinteresado y mal dispuesto para dedicarle el tiempo necesario, es posible que su médico no sea el indicado.

El médico debe practicar un examen cuidadoso e integral, que generalmente va de la cabeza a los pies. Debiera incluir los siguientes elementos:

- * *Examen del fondo de ojo con un oftalmoscopio, revelando la condición de la retina.* Observando los nervios y vasos sanguíneos en el fondo del ojo el doctor puede descubrir anomalías indicando desórdenes vasculares o un aumento de presión intracraneana, que puede ser causado por un tumor cerebral. Tales tumores son extremadamente raros en niños y, si existen, también se acompañan por vómitos y náuseas, a menudo más notables de mañana temprano, más desmayos, mareos, problemas de visión y otras anomalías neurológicas. Los tumores cerebrales infantiles son tan poco comunes que deben colocarse en la parte más baja de la lista como causas probables de dolor de cabeza.
- * *Examen de los tímpanos y canales auditivos externos con un otoscopio que permita al médico constatar perforaciones del tímpano, infecciones y presencia de cuerpos extraños.* Los niños pequeños suelen colocar lápices, popotes, bolitas y otros objetos en el oído, que pueden infectar y causar un dolor de cabeza.
- * *Un examen neurológico cuidadoso, durante el cual el médico analiza los reflejos del niño con un pequeño martillo y sus funciones sensorias con aguja, pinces y un diapason.* El doctor busca la presencia de tendones y otros reflejos que normalmente son iguales en ambas

extremidades. La ausencia de reflejos uniformes en ambos brazos y piernas puede indicar una anomalía del sistema nervioso central o periférico, enfermedades de la médula espinal, posibilidad de un tumor cerebral y otros problemas neurológicos.

- * *Un examen estetoscópico del corazón y tórax e — igualmente importante — de los pulsos en varias partes del cuerpo.* Esto detectará molestias cardíacas, problemas pulmonares y desórdenes vasculares.
- * *Debe practicarse un examen físico completamente desnudo durante el cual el doctor inspecciona visualmente todas las partes del cuerpo, aunque no necesariamente al mismo tiempo.* El doctor debe chequear el abdomen para determinar anomalías del hígado, tiroides y nódulos linfáticos.

Este tipo de examen que he descripto es lo que se merece su chico, pero que no siempre recibe. Es típico que los pediatras den tantas consultas diferentes que tienden a apurarlo todo, incluyendo cuando toman la historia o hacen los exámenes físicos. De hecho, muchos doctores descuidan los exámenes físicos. Lo observé por primera vez cuando era interno en el Cook County Hospital, en Chicago. Allí rendían exámenes los futuros especialistas. Como parte del examen, al candidato se le presentaba un paciente que estaba en cama y tapado por frazadas. ¡Con frecuencia, el candidato que llevaba a cabo el examen no descubría que el paciente tenía una pierna de palo! Mientras trabajaba en la sala de terapia intensiva en el mismo hospital, recibí un paciente de la sala de terapia intensiva del Hospital Michael Reese que traía consigo una nota conteniendo un diagnóstico de ataque coronario. ¡Cuando removí su saco, descubrí una herida de puñal!

NO TEMA PREGUNTAR AL MEDICO

Asegúrese pues que el médico practique un examen físico a fondo, pero si no lo hace, solicite la razón de ello. Si su pregunta le molesta o si contesta con evasivas, considere buscar a otro

médico. Si le parece que necesita darle alguna razón por sus preguntas, infórmele que lo ha leído en este libro. ¡Eso sí lo enojará!

Si el doctor no llega a encontrar una causa para los dolores de cabeza leyendo la historia y con los exámenes físicos — y quizás aunque la encuentre — probablemente le dirá que desea obtener algunos análisis. Estos incluirán análisis de sangre y de orina, para revelar infecciones ocultas y desórdenes metabólicos, como diabetes. Yo apruebo ambos análisis, si es que no se halló otra causa para los dolores de cabeza, porque — diferente a muchas pruebas y análisis que los médicos usan por rutina — proveen un alto grado de respuestas válidas. Sin embargo, tengo algunas considerables reservas sobre la necesidad de efectuar otros análisis.

Por ejemplo, es raramente productivo tomar una radiología del cráneo o un examen CAT, o practicar un electroencefalograma (EEG), aunque a muchos médicos les gusta solicitarlos. Eso es debido a que demasiados médicos parecen creer que *deben* hacer todo lo que *puedan*. Considero que las radiologías de cráneo y los CAT raramente están indicados y en general se los debe evitar, como también debe evitarse cualquier exposición a radiactividad. Ni siquiera una historia de lesiones traumáticas de cabeza necesita una radiología de cráneo, a menos que después de la lesión ocurra un período de desvanecimiento, vómitos persistentes, u otros síntomas como incapacidad para enfocar la visión o pérdida de memoria.

La misma advertencia se aplica al EEG, un procedimiento valioso para detectar la presencia de tumores cerebrales, coágulos sanguíneos y hacer diagnóstico de epilepsia, pero de desconfiar para otros propósitos. Como herramienta diagnóstica en general, es posible que los resultados que ofrezca sean tanto correctos como incorrectos. Varios estudios han demostrado que un 20 % de los pacientes con problemas neurológicos graves y amenazadores para la vida indican EEG normales, y que un 20 % de los pacientes sin problemas neurológicos tienen lecturas *anormales*. En uno de mis primeros libros informé sobre la experiencia de un investigador que conectó un electroencefalograma a un maniquí con la cabeza rellena de gelatina de caí y que

lo declaró en vida y con buena salud!

Tal vez una vez completado su examen, el médico recomiende el uso de fármacos. La aplicación limitada de analgésicos es apropiada para aliviar el dolor *si la causa del dolor de cabeza ha sido determinada*, pero, de otra manera, las drogas deben evitarse, debido a los riesgos asociados con la aspirina y los acetominófenos. Rechace el uso de antihistamínicos y drogas psicotrópicas a menos que se haya realizado un diagnóstico firme y que el médico pueda defender su uso. Tiene Ud. todo el derecho, aunque al médico no le guste, de cuestionarle sobre los beneficios potenciales de cualquier droga que prescriba y cómo tales beneficios se comparan con los riesgos posibles y efectos secundarios.

Mi objeción al uso de las drogas para aliviar un dolor de cabeza cuando no se encontró la causa del mal merece una mayor explicación. El dolor es la manera que tiene la naturaleza de señalar que algo anda mal. El uso de analgésicos para eliminar el dolor no resuelve el problema subyacente. Si el niño sigue enfermo aunque no tenga dolor, habrá menor incentivo para continuar buscando la condición culpable. Es importante que tanto Ud. como su médico estén alertas por la emergencia de síntomas adicionales hasta que desaparezcan los dolores de cabeza o hasta que se identifique su causa, pero sin usar drogas.

A continuación este es mi consejo para padres cuyos hijos tienen dolores de cabeza recurrentes:

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA EL DOLOR DE CABEZA

1. Evite los dolores de cabeza de origen emocional proporcionándole al niño un medio ambiente cálido, sensitivo, atento y amoroso. Trate de establecer una relación de mutua confianza de forma que Ud. pueda proveer apoyo moral y consuelo cuando le ocurren situaciones inquietantes al niño. Nunca olvide, ni por un momento, que éste es el papel principal de los padres, papel que tendrá

- el mayor impacto sobre la salud y el desarrollo de su hijo.
2. Trate de no imponerle demandas excesivas que puedan causar enfermedades emocionales ante su temor de no actuar según *sus expectativas*. No debe esperarse que el niño asuma las cargas de los mayores porque, como dijo alguno, *la tarea del niño es jugar y aprender*.
3. Si su chico se queja de dolores de cabeza recurrentes mientras no hay otros síntomas presentes, trate de determinar Ud. mismo su origen. Elimine las causas emocionales y el inicio de un resfriado común o gripe como posibilidades antes de buscar otras causas potenciales.
4. A menos que no existan otros síntomas, no hay necesidad inmediata por preocuparse de que el dolor de cabeza indique problemas físicos más graves. Una visita o llamada al doctor es prematura.
5. Si su nivel de ansiedad sube demasiado y el dolor de cabeza de su hijo le produce otro a Ud., llévelo al médico, pero observe bien lo que le hace.
6. Si la molestia es incesante o recurre a través de todo el día durante varios días, vea al doctor, aunque no haya otros síntomas.
7. Cuando visite al médico, asegúrese que haga una historia cuidadosa, y que realice un completo examen físico y neurológico. Su hijo merece lo mejor que pueda ofrecer el doctor y si no lo recibe, considere buscar a otro facultativo.
8. Cuestione cualquier análisis que el médico quiera imponer que no sea el conteo sanguíneo y el análisis de orina. Resístase a otras pruebas, tales como la radiología cerebral y el EEG, a menos que se presenten síntomas asociados o se descubran anormalidades durante el examen físico y neurológico. Exija una explicación sobre la necesidad de cualquier otro análisis que le aconseje. Si esto le molesta al doctor o si se muestra evasivo, considere una segunda opinión.
9. Rechace toda medicación, excepto analgésicos, para un análisis temporario del dolor, a menos que pueda ser aconsejada como específica para una causa conocida de

los dolores de cabeza. No acepte una medicación ofrecida *por las dudas*. Mientras tanto insista para que el médico observe la condición física y neurológica del niño mientras se mantenga Ud. alerta por el desarrollo de síntomas adicionales que ayuden a determinar la causa.

10. Si Ud. sabe que el dolor de cabeza fue causado por una lesión accidental y hubo pérdida de conciencia o si su hijo está mareado, desorientado o confundido, llévelo a la sala de terapia intensiva de un hospital. Póngalo Ud. en práctica aunque la lesión no haya ocurrido en su presencia y no pueda determinar si experimentó un período de desvanecimiento.
-

Capítulo IX

MAMA, ¡ME DUELE LA BARRIGA!

Junto con la fiebre y el resfrío común, los dolores abdominales son la fuente principal de visitas innecesarias al pediatra. Estos dolores constituyen un fenómeno común en niños, pero raramente se producen por causas orgánicas, de forma que por lo general, no indican una enfermedad grave. En mi propia práctica, estimo que sólo uno entre diez chicos traídos a mi consultorio por dolores abdominales necesita atención médica.

A menos que los dolores abdominales no se acompañen de otros síntomas — en especial vómitos, diarrea, pérdida de apetito y de peso — no son, generalmente, motivo de preocupación. Un poco de cuidadosa tarea detectivesca de su parte aislará probablemente una causa sencilla para esta incomodidad infantil. En la mayoría de los casos, esos dolores frecuentes de vientre resultan de una indigestión por comer demasiado o con suma rapidez; producidos por otra molestia; derivados de causas psicológicas o emotivas, alergias por ciertos alimentos, medicaciones o aditivos químicos en los productos consumidos.

Las causas psicológicas y emocionales se analogan a las ya descritas en casos de dolor de cabeza. Digamos, por ejemplo, que su niño experimenta repetidas veces dolores abdominales por la mañana, justo cuando debe ir a la escuela. Ud. no desea

que falte a clase, pero el chico parece sufrir tal agonía que finalmente le permite faltar. ¡Es muy probable que experimentará una recuperación milagrosa tan pronto desaparezca por la calle el autobús escolar!

Luego de haberse repetido esta escena unas cuantas veces, Ud. podrá sentirse tentada a rezongarle o castigarlo por haberla engañado. No lo haga, porque el dolor era real, aunque pronto desapareciera — como por milagro — una vez solucionado el trauma que lo causó.

Esta reacción es tan común que hasta tiene nombre — *fobia escolar* — y no resolverá el problema llevando el chico al doctor. En vez, su dolor es la señal para que la madre inicie algunas investigaciones pacíficas y comprensivas para determinar la asociación entre la escuela y su dolor de vientre. ¿Acaso están abusando de él durante el viaje en el autobús o en la escuela? ¿Tendrá problemas disciplinarios con sus profesores? ¿Sentirá vergüenza o preocupación por algún atraso frente a los demás chicos o estará aburrido, por el contrario, porque es demasiado brillante? ¿Quizá en la escuela lo reprendan por no haber terminado los deberes? ¿Tendrá una maestra incompetente que no puede soportar? ¿O quizá, si es muy pequeño aún, está simplemente inquieto por estar separado de la madre y ser enviado a un entorno posiblemente aterrador? Si puede Ud., la madre, identificar y eliminar la causa de su preocupación, es muy posible que también se eliminarán los *dolores de barriga* del niño.

Como en el caso de dolor de cabeza, los retortijones de vientre pueden evolucionar como una forma de prevención subconsciente a tareas desagradables o un deseo de obtener una atención compasiva por parte del progenitor que no está llenando plenamente su necesidad de sentirse amado. Se aclararían muchos dolores recurrentes de vientre si los padres escucharan el repetido consejo: “¿Abrazó Ud. a su hijo hoy?”

A MENUDO LOS DOLORES DE ESTOMAGO SON PROVOCADOS POR ALERGIAS

Las alergias a ciertos alimentos y productos químicos originan muy a menudo dolores abdominales. La intolerancia

lactósica — alergia a la leche de vaca — es tanto más común de lo que se imaginan muchos padres. Sumados a la leche, hay, sin embargo, una amplia cantidad de alimentos a los cuales los niños (y los adultos) pueden ser alérgicos.

Puede Ud. determinar la posibilidad de que una alergia alimentaria cause un dolor abdominal, desarrollando un plan estructurado que le permita saber si uno o más alimentos que consume el chico están siempre asociados con su molestia. Esto requiere tiempo y esfuerzo y puede producir algunos gritos de protesta, pero funciona si el problema reside en un alimento. Retire algún producto específico de su dieta y observe si estos dolores recurrentes desaparecen después de unos días. Si esto indica un sospechoso posible, vuelva a reintegrarlo en la dieta y vea si retorna la molestia. ¡Si es así, Ud. encontró la respuesta!

El proceso será más difícil si el chico tiene alergias alimentarias múltiples, porque eliminando un alimento ofensivo podrá no disiparse el dolor, que será producido por otros. En este caso, deberá Ud. revertir el proceso eliminando todos los alérgenos probables de su dieta y luego reintegrarlos uno por uno. Si el dolor recurre cuando se agrega cierto alimento, habrá identificado a uno de los culpables. Elimínelo permanentemente y luego vuelva a reintegrar los demás, uno por uno, hasta identificar todos los productos alérgenos.

Si utiliza el primer método, apurará el proceso iniciando la eliminación con los candidatos más posibles. Los alimentos con aditivos químicos son los principales culpables y su eliminación significa que Ud. deberá descartar todos los alimentos procesados y manufacturados, recurriendo a los alimentos naturales, cocidos en casa. Vigile los panes, tortas y hasta las pastas. Compre alimentos naturales y rotulados como *100 % natural* y lea los rótulos con cuidado. Aunque también algunos alimentos naturales pueden ser posibles delincuentes tales como el tomate, pepino, naranja, damasco, ciruela, durazno, fruta seca, frambuesa, uva y muchos otros a los cuales su chico puede ser alérgico.

Permítame advertirle que cada vez que se preocupa por encontrar alimentos sin química, se asombrará al descubrir qué enorme cantidad de productos químicos figuran en nuestra dieta cotidiana. La letra chica en muchos envases podría arruinar el

apetito de la mayor parte de los consumidores si su vista fuera suficientemente buena para leerla. ¿Le agradecería tomarse un lindo bol de sopa elaborada con bicarbonato de sodio, carbonato de potasio, tripolifosfato de sodio, alginato de sodio, fosfato de sodio, inosinato de sodio y guanilato de sodio? Si se lo ofrecieran, conociendo el contenido, probablemente tendría miedo de tomarlo, como debiera ser. ¡Y sin embargo todos estos ingredientes figuran en una marca popular de sopas chinas de fideos en polvo!

Todos los colorantes, conservadores, estabilizadores y sabores químicos son fuentes potenciales de reacciones alérgicas, sin mencionar sus efectos más peligrosos. Constituyen la causa principal de la hiperactividad, que discutiremos más adelante con mayor detalle. No son fáciles de evitar, pero si puede hacerlo, los beneficios no se limitarán a curar el dolor abdominal del chico. Cuando más dependa de los alimentos naturales como base para la comida hogareña, mejor será su salud y la de todos los miembros de su familia.

En su calidad de madre, le encarezco que se convierta en una detective alimentaria por dos razones. En primer lugar su médico no lo haría aunque quisiera, pero no lo quiere. En segundo lugar, si puede Ud. identificar y eliminar la fuente de incomodidad que sufre su chico, le ayudará a evitar una incomodidad aún mayor y los riesgos potenciales que pueden resultar si lo lleva al doctor. Si su niño tiene dolores abdominales recurrentes pero está criándose bien, tiene buen aspecto, aumenta razonablemente de peso y tamaño y no tiene otros síntomas, no existe ningún tratamiento médico apropiado para dicha condición y ninguna necesidad de ver al doctor. Provea Ud. un soporte moral y busque la causa alérgica o emocional.

NO USE MEDICINAS PARA CURAR DOLORES DE ESTOMAGO

No recomiendo el uso de medicaciones cuando el niño se queja de un *dolor de estómago*. Algunos pueden reaccionar haciéndole tomar bicarbonato de soda o una de las preparaciones antiácidas que venden en las farmacias. Eso es poco sabio por

dos razones. La primera, cuando el chico se queja de un *dolor de estómago*, el dolor que significa puede no estar radicado en el estómago sino en otro punto del abdomen — intestinos, riñones u otro —. En ese caso, el antiácido no le aliviará. En segundo lugar, si realmente su dolor fue producido por exceso de ácido estomacal, lo que no es corriente en chicos, el bicarbonato de sodio puede aliviarlo temporariamente, pero debido a que neutraliza todo el ácido en el estómago, causará un efecto de rebote. El estómago trabajará horas extras para remplazar el ácido y probablemente en mayor cantidad que antes. El único alivio inmediato razonable que pueda Ud. ofrecer es una dosis generosa de amor, consuelo, simpatía y distracción. Si el síntoma es de origen emotivo, esto podrá disipar el dolor.

Con esto no deseo sugerir que el dolor abdominal sea siempre inocuo. Constituye *uno* de los síntomas de más de 50 enfermedades, algunas de éstas graves y hasta mortales. Sin embargo, si es que indica una enfermedad grave, lo acompañan otros síntomas. Si lleva el chico al médico, el riesgo será que éste desconozca la posibilidad de una causa nutricional o emotiva y que inicie un proceso de diagnosis mal aconsejado basado en la presencia de un solo síntoma. Debido a que el dolor abdominal es un síntoma de innumerables enfermedades, podrá infligir al paciente un sinnúmero de análisis, muchos de ellos desacertados, produciéndose un diagnóstico falso. Muchos de estos análisis son dolorosos e innecesariamente traumáticos para su hijo y, en consecuencia, también para Ud. Virtualmente todos son peligrosos y algunos de éstos hasta tienen una tasa de mortalidad. Y no obstante, sin otros síntomas adicionales estas pruebas no son necesarias.

Otro riesgo adicional es la posibilidad de que el médico decida hospitalizar al chico para obtener estos análisis. Muchos requieren una preparación previa, tal como vaciar los intestinos, cosa que sin duda se practicará a fondo si lo tienen en el hospital. Ese es un precio muy alto para pagar, y no sólo en dinero, y al final sólo será una investigación infructuosa. Sumado a los riesgos inherentes en los análisis y radiologías, tendrá el trauma emocional que todo niño sufre en un hospital. Y también el riesgo muy real de que su saludable hijo adquiera una enfermedad

mientras resida en el hospital.

Si el niño evidencia otros síntomas adicionales al dolor, tales como vómitos, diarrea y heces sanguinolientas, podría ser víctima de una entre muchas enfermedades, y quizá la más probable: apendicitis.

DIAGNOSIS DE LA APENDICITIS

La incidencia de apendicitis es elevada en varones de 15 - 30 años, pero ocurre a toda edad, aún en bebés de pocas semanas. Quizá sea más peligrosa en niños muy pequeños, porque es difícil de diagnosticar, y en la mayor parte de los casos ocurre una ruptura del apéndice antes de la diagnosis.

La apendicitis se acompaña invariablemente de vómitos y fiebre, aunque los vómitos pueden no ser persistentes y la fiebre muy ligera. En las etapas precoces, es usual que el dolor se generalice en todo el abdomen, pero en el curso de unas horas se concentra en el cuadrante inferior derecho y al presionar sobre ese punto se causa un dolor intenso. Si después ocurre una ruptura del apéndice, nuevamente el dolor se generalizará en todo el abdomen. El ataque es casi siempre precedido por una pérdida de apetito.

Cuando lleva su chico al doctor, éste debiera conocer bien su historia, con una atención particular por los eventos que precedieron el principio del dolor. Debe practicar un examen físico profundo, incluyendo ejercicios que ayudarán a identificar el sitio del dolor. Estos comprenderían solicitarle al niño que levante las piernas mientras está recostado sobre la espalda, lo que fuerza los músculos abdominales, y también observar mientras camina si es que favorece un lado del abdomen debido al dolor. Debe tomarse un análisis de sangre para determinar si existe un conteo elevado de glóbulos blancos, indicando infección, y un análisis de orina para revelar la presencia de glóbulos blancos, indicando una infección del tubo urinario.

Si, como resultado del examen, el pediatra sospecha una apendicitis, probablemente referirá el niño a un cirujano. Si éste recomienda extirpar el apéndice, insista para que el pediatra recomiende la operación y comparta la responsabilidad.

El negocio del cirujano es la cirugía y si existe una razón legítima para sospechar una apendicitis, por lo general aprovechará la ocasión para poner en práctica su talento. Como consecuencia, miles de apéndices perfectamente saludables son extirpados cada año. Esto no es sólo doloroso y caro, sino que existe una razón substancial para considerar que el apéndice tiene algunas funciones útiles, de manera que no es sabio que su chico lo pierda, a menos que exista riesgo. En adición, aunque una apendicitis puede ser fatal, en especial si ocurre una ruptura, la apendicectomía tiene su propia tasa de mortalidad, casi tan elevada como la propia apendicitis. Asegúrese de que su pediatra y el cirujano concuerden sobre el análisis y de que existe una posibilidad significativa de ruptura apendicular antes de permitir que su chico corra el peligro de una operación.

Si Ud. permite la operación, insista para que el pediatra esté presente. Esto es por simple seguridad en caso de que algo ande mal, y le facilita un testigo. En general el público desconoce que se practica mucha investigación en la sala de operaciones de los hospitales de enseñanza, a veces sin el conocimiento y consentimiento del paciente o familiares. Es prudente insistir que el pediatra esté presente durante la operación para asegurar que su hijo no sea víctima propiciatoria de una clase de anatomía.

Los dolores abdominales recurrentes pueden ser terriblemente frustrantes, como es cualquier condición física crónica que produzca un sentimiento de infelicidad en su hijo, porque inevitablemente esta infelicidad pasa a Ud. Afortunadamente, para emplear un clásico dicho médico, *Ud. no debe aprender a vivir con eso*. Observe las orientaciones que le he dado en este capítulo y podrá identificar la causa de ese dolor recurrente que pueda experimentar su hijo.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA EL DOLOR ABDOMINAL

En su mayor parte, los dolores abdominales infantiles no requieren cuidado médico a menos que se acompañen de síntomas adicionales. En consecuencia, debe Ud. efectuar esa distinción cuando su niño se queja de un *dolor de barriga*. Estas son las orientaciones que le permitirán determinar si es que se trata de una apendicitis, una obstrucción intestinal u otra enfermedad grave que requiera la ayuda de un doctor, o si es un problema que puede resolverse en casa.

1. Si el dolor abdominal es el único síntoma, tiene Ud. mayor capacidad que el médico para identificar la causa. Sin embargo, si se acompaña de síntomas adicionales como fiebre, vómitos, dolor al orinar y heces sanguinolientas, debe recurrir al médico.
2. Si no comprueba algún síntoma adicional, pase revista cuidadosamente a los eventos y circunstancias que precedieron al dolor abdominal. ¿El niño ha comido demasiado o con mucha rapidez? ¿Ha comido o bebido algo des acostumbrado? ¿Podría haber ingerido una sustancia tóxica o tragado algún objeto como una canica o un alfiler? ¿Tomó alguna medicación que nunca había probado? ¿Sufriría por algún evento traumático — una discusión o pelea con un compañero de juego, malas notas en la escuela, una reprimenda o castigo severo? ¿Si los dolores de estómago constituyen un fenómeno recurrente, fue cada uno de éstos precedido por un suceso similar? ¿Se han asociado con un intento de evitar algunas tareas, o con una experiencia indeseable en la escuela? Una inspección detallada de este tipo le permitirá determinar si el dolor es de origen emocional.
3. Si una visita al médico es indicada, vigile sus acciones. Asegúrese de que tome una historia cuidadosa y un completo examen físico. Esto incluiría un análisis de sangre

para determinar si hay un conteo elevado de glóbulos blancos; un análisis de orina para revisar la presencia de glóbulos blancos, indicando una infección del tubo urinario; y un examen para comprobar si el dolor está localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, indicando apendicitis.

4. Si el médico determina que el apéndice es culpable, podrá referir el problema a un cirujano. Si éste aconseja operar, insista que esté presente el pediatra para que comparta la responsabilidad.
 5. No deje solo a su hijo en el hospital antes o después de la operación. Quédese a su lado Ud. o algún familiar hasta que esté plenamente recuperado. Luego lléveselo del hospital con la mayor rapidez posible.
-

Capítulo X

TOS, ESTORNUDOS Y

NARICES CHORREANTES

En Estados Unidos, la gente gasta más dinero en remedios para la tos y resfrío que los costos combinados de los gobiernos de Guatemala, Honduras y San Salvador. Si agregamos lo que se gasta en antibióticos, antihistamínicos y otras medicaciones recetadas por los médicos, podríamos probablemente agregar Costa Rica y Ecuador a la lista. Y es una comparación apropiada, porque la mayor parte de esos gobiernos no funcionan muy bien, y tampoco lo hacen las medicinas contra resfríos.

Tanto los resfríos como la tos y las gripes nos afectan a todos, pero los niños parecen más susceptibles a estos desórdenes que los adultos y tienen mayor probabilidad de ser tratados cuando ocurren. Aunque el tratamiento puede aliviar los síntomas de un resfrío, ninguno de los fármacos utilizados efectuará una cura. De hecho, todas estas medicaciones innecesarias y a veces contraproducentes han motivado un chiste privado entre los médicos (que no comparten los pacientes): "Sin tratamiento un resfrío común dura generalmente unos siete días, con tratamiento durará una semana".

El resfrío común es un fenómeno tan universal, que afecta a casi todo el mundo por lo menos una vez al año, y abundan las teorías respecto a sus causas y tratamientos. Estas teorías

pueden dividirse groseramente en dos categorías — la teoría moral, y la teoría virósica. La teoría moral, basada sobre la mayor incidencia de resfríos en invierno, afirma que se deben a exposición al clima frío. Esta teoría, favorita de madres y abuelas, dice que el chico pescó un resfrío por no usar su echarpe, guantes de lana y galochas. La teoría virósica, adoptada por los médicos, dice que los resfríos son causados por unos cien o más virus diferentes y que ocurren con mayor frecuencia en invierno porque los chicos van a la escuela, y en el confinamiento del aula están expuestos a otros chicos infectados. Los teóricos virósicos aseguran que el chico hubiese pescado un resfrío aún usando dos echarpes y tres pares de medias de lana dentro de sus botas.

Tengo la sospecha de que las dos o más bien una combinación de ambas teorías son correctas. No discutiremos que los resfríos sean infecciones virósicas y transmitidas a través del aire por víctimas que tosen y estornudan o por contacto con virus localizados en superficies duras. Y no obstante, a pesar de la falta de evidencia de que los resfríos sean causados por exposición al frío, me inclino por apoyar a las madres y abuelas cuando insisten para que el niño se arrope bien antes de salir a la intemperie. Esta ambivalencia surgió en parte porque pienso que las madres y abuelas conocen más sobre la salud que los científicos y médicos y, en parte, porque constituye una interrogante abierta — en mi concepto — si es que la exposición reduce la resistencia a los virus que son la causa directa de los resfríos.

De cualquier manera, nada tiene Ud. que perder si insiste para que el chico se arrope bien durante el tiempo frío. Pero si tiene algo que perder si el doctor insistiendo correctamente que el resfrío del chico es virósico, procede a tratarlo incorrectamente con antibióticos, de probada ineficacia antivirósica. Lo discutiremos con mayor detalle en este capítulo.

SINTOMAS DE RESFRIO COMUN Y GRIPE

Los síntomas del resfrío común, que varían en intensidad de un niño a otro, causan malestar, fatiga y, en general, una fiebre no muy elevada. La gripe, también de origen virósico, se caracte-

riza por síntomas similares, más vómitos, diarrea, dolores corporales y, en algunos casos, fiebre elevada.

Si las secreciones nasales son claras, grises o blancas, el niño es probablemente víctima de una infección virósica, como el resfrío común, o gripe. Si son amarillas o verdes, indican la presencia de pus, señalando una sinusitis bacteriana. El resfrío común también puede complicarse por otras infecciones bacterianas tales como la bronquitis, y la otitis media (infección del oído medio).

El resfrío común y la gripe no precisan tratamiento médico y las medicaciones a menudo usadas para tratarlos, como ya he sugerido, meramente aliviarán los síntomas. Los efectos de estas medicaciones pueden ser contraproducentes, porque interfieren con los esfuerzos del cuerpo para autocurarse.

Esto también es válido en caso de pulmonía virósica, una molestia que ni Ud. ni los médicos pueden identificar excepto con radiologías. Los síntomas son generalmente benignos y con esta forma de pulmonía su niño no corre peligro, excepto por las radiologías que ordenará el doctor si le ofrece la oportunidad. Pero este no es el caso con la pulmonía bacteriana. Por lo general esta enfermedad puede detectarse cuando la fiebre sube a los 39 grados, y hay una gran dificultad respiratoria, seguida de un color azulado sobre la piel. Si su niño tiene estos síntomas, no dudará Ud. de que se trata de una emergencia y debe llevarlo enseguida al doctor o a terapia intensiva en un hospital.

Otra molestia respiratoria común en niños es el crup, también de origen virósico e identificado por un sonido metálico de ahogo que se oye cuando el niño aspira; una tos ronca y metálica; y al inspirar, una forma inusual de contraer el pecho. Si su niño tiene crup, los síntomas se aliviarán llevándolo al baño, haciendo correr la ducha caliente y permitiéndole aspirar el vapor durante 20 minutos. Si esto no alivia la condición, se puede sospechar que sea pulmonía bacteriana y, en tal caso, debe llevarlo al doctor.

Pero si las dificultades respiratorias no son obviamente graves, los padres deben evitar llevar el niño al doctor o darle fármacos para tratar los síntomas. Las drogas generalmente usadas para el tratamiento de los síntomas de resfrío y gripe, sean recetadas

por el médico o adquiridas en la farmacia de la esquina, pertenecen a media docena de tipos. Incluyen los descongestivos, expectorantes, antihistamínicos, supresores de tos, aliviantes y antibióticos. Tienen varias cosas en común: son innecesarios; a veces tienen efectos secundarios indeseables o peligrosos; pueden interferir en los esfuerzos del cuerpo para derrotar la enfermedad; y son un desperdicio de dinero.

Los descongestivos, también conocidos como *vasoconstrictores*, se prescriben para aliviar dificultades en la respiración nasal, resultantes de una dilatación de las membranas mucosas en los pasajes nasales. El descongestivo abre los pasajes nasales por un encogimiento de las membranas dilatadas. Esto ofrece un alivio temporario, pero allí está el problema. Es sólo temporario y cuando retorna la dificultad respiratoria uno se inclina por renovar la medicación. Finalmente ocurrirá un efecto de rebote y la congestión será más severa que antes de iniciar la medicación. Un enfoque más adecuado y sin riesgo para aliviar la congestión nasal es usar un humidificador o hacer frecuentes visitas a un cuarto de baño con mucho vapor, como ya describí.

Los antihistamínicos, a menudo recetados por sí solos e incluidos en drogas combinadas, son usados para tratar las alergias. El cuerpo lucha contra las alergias liberando una histamina natural, que producirá ojos llorosos y una nariz chorreante. Las antihistaminas cortan esta liberación histamínica, secando los pasajes nasales y obstaculizando los esfuerzos del cuerpo por curar el resfriado. Todo resfriado necesita más hidratación y no menos.

Los expectorantes son destinados a licuar las mucosidades pulmonares facilitando su expulsión por boca. La mayor parte de las preparaciones en el mercado, que según sus fabricantes tienen ese efecto, aún deben recibir aprobación por parte del F.D.A. como efectivas. No parece haber mucho sentido en utilizar una droga cuando su fabricante no puede probar que funciona.

Varias preparaciones contra el resfriado contienen el supresor de tos llamado hidrobromuro dextrometorfan, en cantidades que van de 3 a 20 mg. El F.D.A. lo considera efectivo para suprimir la tos, pero la pregunta obvia sería: ¿Quién quiere supri-

mirla? Acepto que la tos puede ser molesta, pero el hecho es que sirve un propósito. ¿Por qué interferir con los mecanismos corporales para descartar las mucosidades que congestionan los pulmones?

Los principales remedios contra el dolor utilizados en relación con resfriados y gripes son la aspirina y el acetaminógeno. Por lo general se los da por dos razones: para reducir la fiebre, método que ya he cubierto detalladamente, y para aliviar los dolores y molestias asociadas con la gripe.

EL PELIGRO DE TRATAR LA GRIPE CON ASPIRINA

Es poco probable que jamás se lo haya dicho su pediatra, pero el uso de aspirina en relación a la gripe es realmente un asunto peligroso. Esto también es válido en el caso de los agentes antivomitantes como la Compazina, Torazina y el Tigan. Las dos primeras son drogas particularmente ofensivas, utilizadas con anterioridad para tratar psicosis. Están vinculadas con el síndrome de Reye, una enfermedad a menudo fatal en el niño. Sus principales manifestaciones son la encefalitis y la hepatitis. Corrientemente se recomienda no dar aspirinas y estas otras drogas durante la estación de la gripe, y mucho menos a un chico diagnosticado con gripe, porque su efecto combinado es una causa posible del síndrome de Reye.

Recomiendo no usar medicación alguna para aliviar los síntomas asociados con la gripe y el resfriado común. Si la incomodidad sufrida por su chico es más de lo que puede Ud. soportar, utilice la medicación apropiada durante cuanto más un día o dos y limite dichas medicaciones a aquellas que pueden aliviar más el síntoma o síntomas que molestan a su chico. No use las drogas combinadas que tratan cuatro o cinco síntomas a la vez.

Asimismo, recuerde que los fármacos líquidos contra el resfriado contienen un alto porcentaje de alcohol y en algunos casos éste puede ser el único ingrediente que tenga algún sentido. Puede ayudar a que la víctima de un resfriado consiga dormir, pero aún en el caso de un niño, un trago de cognac servirá lo mismo y el cognac no estará contaminado con un montón de drogas que su hijo no necesita!

Si lleva el chico al pediatra porque está engripado o tiene un resfrío, existe toda la posibilidad de que prescriba fármacos para aliviar uno o más síntomas y probablemente una droga combinada que se ocupe de varios síntomas a la vez. Muchas de las preparaciones que encabezan la lista de drogas recetadas con mayor frecuencia figuran en esta categoría y en muchos casos el F.D.A. ordenó a sus fabricantes que probaran su efectividad o, en caso contrario, las retiraran del mercado. Sin embargo, los médicos continúan prescribiéndolas, a pesar de su dudoso valor, porque si se evitara toda medicación, el paciente estaría mejor.

Por desgracia esto no es lo peor que puede ocurrir si solicita tratamiento médico cuando su hijo se resfría. Existe el peligro real de que se le prescriba un antibiótico, que carece de valor para una infección virósica. Desde la introducción de los antibióticos, hace varias décadas, la gente los ha llegado a considerar como la droga por excelencia para salvar vidas. Al principio fueron usados adecuadamente y, en verdad, merecían el título de *drogas milagrosas*. Conquistaron muchas de las infecciones más temidas de la Humanidad, entre éstas, la sífilis y gonorrea y algunos futuristas anticiparon con optimismo que un día desaparecerían de la faz de la Tierra todas las enfermedades de origen bacteriano.

¡Pero, ay, no fue así! Como es generalmente el caso, cuando se les presenta a los médicos una nueva forma de tratamiento, muy pronto el extremo se convirtió en el medio y se recetaron antibióticos para una cantidad creciente de enfermedades, fueran éstas drogas efectivas o no. Muchas de éstas, originalmente desarrolladas para utilizar en caso de enfermedades bacterianas que amenazaban la vida, se prescriben ahora para tratar resfríos y gripes.

Los médicos podrían ser justicieramente condenados por recetar antibióticos para tratar enfermedades virósicas como estas si las únicas consecuencias fueran exposiciones innecesarias a efectos secundarios potencialmente peligrosos y por el gasto innecesario. Pero estas son consecuencias menores de lo que sólo podemos describir como idiotez médica. Existen más consecuencias amenazadoras por el uso difundido e indiscriminado de antibióticos: en primer lugar el desarrollo de organismos

resistentes a antibióticos en toda la comunidad; segundo, si su hijo está innecesaria y repetidamente expuesto a antibióticos, puede finalmente ser amenazado por organismos que resisten a todas las formas de tratamiento conocidas.

RAZONES PARA EVITAR EL USO EXCESIVO DE ANTIBIOTICOS

El uso indiscriminado de antibióticos por parte de médicos, y en especial pediatras, es muy común. De hecho puede ser la regla y la excepción. Un estudio hospitalario sobre el uso de antibióticos descubrió que se habían dado a un tercio de todos los pacientes, y que en un 64 % de los casos, su uso no era indicado o fueron administrados inapropiadamente en términos de drogas o dosis. Los autores del estudio observaron que *"una consecuencia de usar grandes cantidades de drogas capaces de inhibir el crecimiento de microorganismos puede ser una selección de flora microbiana resistente a dichas drogas. El uso apropiado de tal medicación es de importancia inmediata para el paciente y también de importancia potencial para pacientes que pueden ser sometidos a organismos resistentes a la terapia disponible. En este respecto, las drogas antimicrobianas son únicas, ya que su administración puede así afectar su utilización elemental"*.

Esta es una forma complicada de decir que los antibióticos matan los gérmenes buenos junto con los malos, permitiendo que los malos, resistentes a antibióticos, ocupen el lugar y prosperen. Tratando inadecuadamente una enfermedad remediable de otra forma, el médico produce una nueva enfermedad que no pueden controlar los antibióticos conocidos. Este es un precio muy elevado por un descuido o incompetencia médica.

La creciente resistencia microbiana a los antibióticos puede finalmente colocar al tratamiento médico en la posición que tenía antes de introducirse la penicilina hace más de 40 años. De hecho, la tasa de mortalidad para algunas infecciones como la septicemia (infección del flujo sanguíneo) ya ha retornado a los niveles prevalentes antes de que se usaran antibióticos. A menos que los médicos cambien su conducta, volviéndose más racionales y

cautelosos en el uso de antibióticos, podrá llegar el día que un científico premio Nobel vaticinó. Dijo el profesor Walter Gilbert, un químico de Harvard: *"Podrá llegar el día más allá del camino cuando un 80 % de las infecciones resistirán a los antibióticos conocidos"*.

¿Por qué tantos médicos prescriben antibióticos contra resfrios, gripes y otras condiciones virósicas que estas drogas no curan? Entre ellos se dicen que lo hacen porque se los solicitan los pacientes. Pero esta racionalización no es válida, porque los padres llevan sus chicos al doctor para *recibir* consejo médico y no para *darlo*. Una mayor probabilidad es que los médicos receten antibióticos para infecciones virósicas tales como resfrios y gripes porque nada las curará, aunque se les ha enseñado a darle *algo* al paciente, para no perder su imagen. Lo puedo comprender, porque yo también pasé por ese lavado de cabeza médico. Pero lo que no entiendo, si aún sienten esa obligación, es por qué no le dan al paciente un placebo que serviría el mismo propósito sin perjudicar.

Si no puede resistir la tentación de llevar su niño resfriado al doctor, no deje de defenderlo contra todo antibiótico y otras medicaciones inservibles que el facultativo pueda prescribir. Y apuesto que las recetará, porque los estudios han demostrado que un 95 % de los médicos dan a sus pacientes una o más prescripciones para tratar el resfrió común y un 60 % de estas son antibióticos. Dije *defender a su chico* porque hay mucho más sobre el tapete que simplemente abonar una medicación inservible. La incidencia de efectos secundarios producida por antibióticos está lejos de ser baja. Un estudio formal reveló que un 4 % de niños tratados con penicilina G más sulfisoxazole experimentaron vómitos, heces sueltas y erupciones cutáneas y un 29 % de éstos recibían ampicilina. Mientras que la mayor parte de los efectos secundarios eran menores, ocurrieron reacciones severas en groseramente un 2 % de los niños tratados. Para el médico, estos tipos de porcentajes no parecen elevados, ya que están acostumbrados a recetar algunas drogas que producen virtualmente efectos secundarios indeseados a todos los que las toman. Sin embargo, debieran parecer elevados para los padres que no quieren arriesgarse a encontrar al hijo entre el 2 % que

sufre reacciones severas a drogas que para nada bueno sirven y que, para empezar, no debieran darse.

Sea particularmente desconfiado si su pediatra receta tetraciclina para su chico. Si es menor de 8 años y si el médico receta tetraciclina para cualquier cosa menos una enfermedad que amenaza la vida, váyase corriendo de su consultorio. Busque otro pediatra, porque el primero no sabría lo que hacía o no le importaba saberlo.

En 1975, la Academia Norteamericana de Pediatría no recomendaba la tetraciclina a niños menores de ocho años, porque puede retardar el crecimiento óseo, perjudicar el hígado y causar molestias estomacales, náuseas, diarreas, vómitos y erupciones en la piel. Con su utilización constante también puede teñir permanentemente de amarillo los dientes de un niño.

Siempre tenga presente, al considerar si debe llevar su hijo al doctor, o usar las drogas que receta, aquel *"haremos lo que deberá hacerse"* caro a muchos médicos, si es que tiene algún sentido. Numerosos estudios dedicados al uso de antibióticos lo demuestran. Un hospital en una gran ciudad requería que el médico recibiera aprobación del consultor de enfermedades infecciosas antes que la farmacia del hospital entregara el antibiótico prescripto. Cuando se eliminó dicha restricción, el uso de ampicilina aumentó ocho veces. En forma similar, cuando se colocó el cloranfenicol en una lista restringida, su uso bajó diez veces.

Si parezco haber detallado mucho el tema del uso indebido de antibióticos, es sólo por su significado para la salud futura y bienestar de su hijo. Pero abrigo la esperanza de que resistirá Ud. también el uso de otras medicaciones y que reprima el impulso de dar una oportunidad a su pediatra para emplear todos los trucos inservibles y oportunistas que lleva en su bolsa. En todo lo que concierne a las enfermedades respiratorias, la instrucción del pediatra es un sustituto pobre y potencialmente peligroso por su propio sentido común.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA RESFRIOS, TOS Y GRIPE

El resfrío común, gripe y crup son causados por virus y ningún tratamiento médico conocido puede curarlos. Responderán generalmente en unos pocos días a los propios mecanismos defensivos del cuerpo y no requieren atención médica. Sin embargo, hay cosas que puede Ud. hacer para aliviar la incomodidad de su hijo y apurar su recuperación cuando le aflige una de estas molestias. Esta son algunas sugerencias para casos de resfríos y gripes:

1. Mantenga un nivel elevado de humedad en el cuarto del niño o en su casa. Asegúrese de que el humidificador esté bien limpio — de otra forma difundirá irritantes. Si su chico siente dificultad para respirar por la nariz o si tiene una tos de crup, llévelo al baño, cierre la puerta y haga correr el agua bien caliente, permitiéndole respirar el aire vaporizado durante 20 minutos.
2. Realice un esfuerzo determinado para remplazar los fluidos perdidos por el niño al toser, estornudar y transpirar. Trate de que tome unos 200 gr. de fluido cada hora. Los jugos de fruta son mejores, porque tienen algún valor nutricional, pero su meta es hacerle beber algo, de forma que dele lo que pueda tolerar — agua, té, y si no quiere beber otra cosa, algún refresco como último recurso.
3. Debe estimularlo para que descansa mucho. Trate de mantenerlo en cama durante las primeras etapas de la enfermedad, pero no exagere. Si se resiste a guardar cama, permítale levantarse, pero trate de que no se esfuerce demasiado. Puede salir un poco al aire libre pero sin ejercitarse demasiado.
4. Evite toda medicación, aunque ofrezca algún ligero alivio. Si la incomodidad del chico es más de lo que Ud. pueda soportar, ofrézcale medicación específica para los síntomas que más le molestan y no drogas combinadas

que tratan cuatro o cinco síntomas a la vez. No lo medique por más de uno o dos días. Evite las gotas para la tos, porque producen efectos secundarios si se toman en exceso. Y es posible que así sea, porque saben a caramelo.

5. Trate de recordar, antes de ceder a la tentación de darle algún fármaco para aliviar los síntomas, que podrá Ud. estar derrotando los esfuerzos corporales del niño para autocurarse. La mayor parte de lo que puede Ud. hacer con medicaciones será obtenido poniendo mucha atención en la hidratación y humedad.
6. Manténgase lejos del médico a menos que el chico desarrolle graves dificultades respiratorias y muestre una piel azulada, pudiendo indicar pulmonía bacteriana. En ese caso, llévelo enseguida al doctor o a una sala de terapia intensiva.
7. Sin importar si el chico tiene o no un resfrío, asegúrese de que recibe una dieta equilibrada, rica en nutrientes y vitaminas necesarias y lo más libre posible de los siempre presentes aditivos químicos en la mayor parte de los alimentos envasados del supermercado.
8. ¡Recuerde que la paciencia, un cuidado amoroso y una tierna afirmación harán más para que el chico se sienta mejor que toda la medicina en la farmacia!

Capítulo XI

LA MITICA AMENAZA DE LA INFLAMACION SEPTICA DE GARGANTA

Es poco usual que un niño que viva en una zona fría pase el invierno sin tener por lo menos un dolor de garganta. Cuando la garganta raspa y se irrita puede causar molestias y problemas — tanto a los padres como a los hijos. A menudo dificulta comer, hablar, tragar y hasta dormir, de manera que inevitablemente produce una sucesión de demandas llorosas por un alivio.

Si le toca a su hijo, su respuesta instintiva podrá bien ser llamar al médico. Pero si cede a este impulso, simplemente pone en marcha una intervención médica dirigida a descubrir una inflamación séptica de la garganta. Con certeza el doctor tomará un cultivo de garganta y si revela la presencia de *strep* (inflamación séptica) probablemente recetará un antibiótico. Esto podrá reducir ligeramente el curso de la enfermedad, pero también aumentará las probabilidades de que el niño experimente una sucesión de dolores de garganta durante todo el invierno, por razones que luego explicaré.

Los médicos no son directamente responsables por la mayor parte de los dolores de garganta, aunque sí por la preocupación que sienten los padres cuando aparecen estos síntomas. Tal preocupación proviene de la creencia, inspirada por los médicos, de que el dolor pueda ser causado por una infección estrepto-

cócica y de que si no se trata puede tener graves consecuencias. Estas incluyen nefritis aguda o fiebre reumática y una enfermedad cardíaca vitalicia, ambas razones legítimas por despertar cierta ansiedad paterna, de forma que no debe sorprender que utilicen el teléfono para llamar al médico cuando la incomodidad del chico se agudiza.

Como padre o madre debe Ud. saber cómo aliviar sus temores sin recurrir innecesariamente a una ayuda profesional costosa y potencialmente perjudicial. Necesita Ud. hechos sobre inflamaciones sépticas y dolores de garganta, que posiblemente no le explique el médico.

En primer lugar, debe saber que los dolores de garganta son, la mayor parte del tiempo, causados por virus contra los cuales la Medicina Moderna no tiene cura. Los únicos tratamientos legítimos que pudiera recetar un médico no curarán un dolor de garganta. Simplemente aliviarán un tanto los síntomas, y son tan sencillos y obvios que los padres los pueden implementar sin haber pasado previamente por la Facultad de Medicina.

Segundo, debe Ud. saber que el hecho de tomar ese cultivo para determinar la presencia de *strep* significa desperdiciar su dinero y el tiempo del médico. *Nunca* probará más allá de toda duda si es que su chico tiene o no una infección séptica en la garganta. Sin embargo, tal interrogante puede ser contestada muy satisfactoriamente por un examen clínico; un examen tan simple que los mismos padres pueden realizarlo.

Tercero, las posibilidades de que su hijo experimente fiebre reumática, si es que alguna vez tenga una infección *strep*, son extremadamente remotas. Durante un cuarto de siglo de práctica pediátrica, viendo más de 10.000 pacientes por año, sólo tuve un caso de fiebre reumática. En la vida real, la amenaza de fiebre reumática no existe en la mayor parte de las poblaciones. Es una enfermedad raramente vista, excepto entre niños desnutridos viviendo en condiciones de hacinamiento asociadas con una pobreza desesperada.

Examinemos ahora por qué puedo formular estas declaraciones con tal confianza, porque probablemente contradirán la mayor parte de lo que le oyó decir al médico, si es que le dijo algo.

Debido a que los virus causan la mayor parte de los dolores

de garganta no son legítimamente tratables por la medicina ya que no ofrece una cura válida. El dolor de garganta responde a las defensas normales del cuerpo y los síntomas desaparecen generalmente en 3 - 4 días.

Una causa menos frecuente de dolor de garganta son las infecciones bacterianas, casi invariablemente el *streptococcus baccili*. Esta inflamación séptica de la garganta, responderá dentro de las 24 horas a un tratamiento con penicilina. Sin tratamiento, los bacilos se rendirán a los anticuerpos producidos en el flujo sanguíneo y es usual que desaparezcan en menos de una semana; los antibióticos meramente apuran un tanto el proceso.

Una tercera fuente de dolor de garganta son tres enfermedades que, cuando están presentes, constituyen una causa legítima de preocupación paterna. La primera y relativamente común en comparación a las otras dos, es la mononucleosis infecciosa. La segunda, difteria, fue en un tiempo una enfermedad temida, pero virtualmente ha desaparecido. La tercera, leucemia, es relativamente rara, pero es la más grave. Estas tres enfermedades exigen atención médica y debe obtenerla rápidamente si las instrucciones diagnósticas que daré le hacen sospechar que sea una de éstas. La mononucleosis y la difteria son discutidas con mayor detalle en el Cap. XV.

CAUSAS DEL DOLOR DE GARGANTA QUE UD. PUEDE CONTROLAR

Finalmente, muchísimos dolores de garganta son causados por condiciones externas que Ud., padre o madre, tiene considerable capacidad para controlar. Estas condiciones producen irritación de las membranas de la garganta, resultando dolor. Los culpables principales son la sequedad resultante de una falta de humedad en el aire invernal; los antihistamínicos que le ha dado Ud. al chico — con o sin consejo médico — para aliviar síntomas de resfrío; humo de tabaco o exposición al aire con humo; la polución química aérea en el medio ambiente donde vive; y aún cuando el chico haya gritado mucho, lo que puede irritar las cuerdas vocales.

Por lo general, los dolores de garganta causados por virus se

diagnostican por exclusión. Si los síntomas asociados con otras causas no están presentes, y su médico no puede hallar otra explicación, atribuye la molestia a un virus. En la mayor parte de los casos, dicho diagnóstico será correcto.

No existe tratamiento para curar una infección virósica de garganta, y el médico debiera decírselo. Sin embargo, algunos doctores, en vez de admitir que son impotentes, tomarán un cultivo de la garganta, iniciando un tratamiento inmediato con penicilina *porque podrá ayudar a reducir la inflamación séptica*.

La forma más sencilla de impedir esta posibilidad es evitando la visita al médico a menos que haya claras indicaciones de que su chico necesita tal ayuda. He aquí lo que necesita Ud. saber para tomar esta determinación:

El inicio de una infección virósica es característicamente gradual, ocurriendo por un período de uno o dos días. La primera indicación de un incipiente dolor de garganta virósico es, por lo general, una vaga sensación hormigueante alrededor del velo del paladar, que se evidencia al tragar. Dentro de uno o dos días se desarrolla un molesto dolor de garganta, a menudo acompañado por mucosidades nasales (por lo general fluidos claros y acuosos), fiebre benigna, tos, y dilatación de los ganglios del cuello. Si esta es la secuencia, puede Ud. asumir razonablemente que su chico tiene una infección virósica. Sólo si los síntomas persisten dentro de más de una semana, o si aparecen dificultades respiratorias, habrá necesidad de llevar el chico al doctor.

En contraste, las infecciones bacterianas emergen con rapidez y en unas pocas horas — en vez de días — produciendo fiebre elevada, dilatación de ganglios linfáticos en el área bajo la mandíbula y dolor extremo en la garganta. Podrán no estar acompañadas por mucosidades nasales, tos y otros síntomas comunes de resfrío.

EL STREP NO ES UNA CONDICION GRAVE

La mayor parte de las inflamaciones sépticas de garganta en niños de más de cuatro años pueden diagnosticarse buscando lo que los médicos llaman *la tríada clásica* — pus en las

amígdalas y en la garganta, hinchazón de ganglios del cuello y una temperatura mayor de 39.5 grados. El pus está presente cuando una garganta normalmente rosada adquiere un color rojo vivo, con manchas blancas o amarillas a menudo parecidas al requesón. Si el chico tiene menos de cuatro años, no es posible basarse en un examen clínico para determinar la presencia de *strep*. Un cultivo de garganta podría determinarlo, pero no se justifica debido a razones relacionadas con la respuesta inmunológica y, de todas formas, los niños de menos de cuatro años no tienen fiebre reumática.

Si el dolor de garganta persiste por más de una semana, significando que se extiende más allá del curso normal de una infección virósica o bacteriana, lleve el chico al doctor. Esto es simplemente una precaución para asegurarse de que no es víctima de una mononucleosis infecciosa o leucemia, ambas deben ser diagnosticadas por medio de análisis sanguíneos, que Ud. no puede practicar. La demora en visitar al doctor no aumentará el riesgo, porque en las etapas precoces de un dolor de garganta, el médico no solicitará análisis y no debiera hacerlo. Esto es debido a que el tratamiento por una mononucleosis es simplemente descanso, que de todas formas debiera recibir su chico enfermo, de manera que una diagnosis precoz carece de valor. La leucemia es tan poco común que no es apropiado realizar análisis indiscriminados y la posibilidad de que sea difteria es aún más remota. Si la hay, lo sabrá porque el dolor de garganta evolucionará a dificultades respiratorias graves (ahogo). A menos que aparezcan estos síntomas, tampoco su médico sospechará difteria, porque probablemente nunca ha visto un caso de difteria.

Los dolores de garganta producidos por condiciones del medio ambiente cederán a la aplicación de su propio buen sentido común. Si el dolor de garganta del chico no está acompañado por fiebre, hinchazón ganglionar, pus, o cualquier otro síntoma, el aire seco es el primer culpable que deba Ud. sospechar. Durante el invierno y en climas fríos, la humedad media en una casa es de alrededor de un 15 %. Esta cantidad cobra significado cuando consideramos que la humedad normal en el desierto de Sahara es más elevada — ¡18 %! Si el aire seco es el problema de su chico, gaste algún dinero en un buen humidificador y no

llamando al consultorio. De igual manera puede Ud. ejercitar el mismo tipo de juicio en otras causas producidas por el medio ambiente.

CULTIVOS DE GARGANTA, PENICILINA Y STREP

Los padres, maestros y otros no doctrinados fueron educados por los médicos a creer que si un chico con *strep* no es tratado corre grave riesgo de tener una fiebre reumática. Esta enfermedad es preocupante primariamente porque puede producir una enfermedad cardíaca reumática. Cuando se le lleva un chico con un dolor de garganta, el pediatra típico le dirá que tomará un cultivo de garganta para determinar si el chico tiene *strep*. Podrá también invocar los riesgos de una fiebre reumática como razón para este análisis. Lo que no le dirá son todas las razones por las cuales raramente tiene sentido ese método.

Por ejemplo, tampoco le dirá que es más probable que la causa del dolor de garganta sea un virus y que sin indicios de la tríada clásica e indicaciones clínicas de *strep* es un desperdicio de tiempo y dinero tomar muestras de cultivo.

Tampoco le dirá que aún una muestra positiva no significa necesariamente que el chico tenga una infección séptica de garganta. Un promedio de 20 % de escolares perfectamente saludables llevan bacterias de *strep* en sus gargantas durante todo el invierno y este 20 % no enferma, debido a la inmunidad natural desarrollada por su organismo.

Su médico probablemente no le dirá que bajo las mejores circunstancias sólo un 85 % de las infecciones sépticas son identificadas por cultivos de garganta y que cuando la labor se efectúa en el propio consultorio del médico en vez de un laboratorio competente, el promedio de exactitud puede caer hasta un 50 %. Se debe a que los que ejecutan tareas de laboratorio en los consultorios médicos a menudo son relativamente inexpertos, y sólo tienen oportunidades esporádicas para realizar estas tareas.

Posiblemente su médico no le dirá que aunque la penicilina puede acortar el curso de los síntomas de *strep* en tres o cuatro días, también puede causar recurrencias infecciosas a lo largo de

todo el invierno. Los antibióticos anulan los bacilos de *strep*, pero también impiden el desarrollo de los anticuerpos que constituyen las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad. Si se permite que el *strep* siga su curso sin tratamiento, el organismo producirá anticuerpos que continuarán protegiendo al niño contra esta y nuevas infecciones durante el resto del invierno. Lo que efectiviza la prevención de la fiebre reumática es la acción de la penicilina contra los anticuerpos. La consecuencia del tratamiento antibiótico es que si al chico se le practica un cultivo de garganta y se le suministra penicilina al principio de la estación invernal, sus amígdalas serán repetidas veces blanco del tapón de algodón a lo largo de los meses venideros. Si uno de sus hijos ha pasado el invierno siendo tratado por un dolor de garganta tras otro, es muy probable que debamos culpar al tratamiento y no al bacilo.

Su médico podrá preguntarle si su hijo tiene alergia a la penicilina; de hecho le tiene tanto miedo a los juicios por malpraxis que casi ciertamente le preguntará. Pero es probable que no le informará de las consecuencias potenciales de una reacción alérgica a la droga. La penicilina puede causar diarrea y zarpullidos y en casos raros shock y muerte anafiláctica. Si su chico recibe penicilina por primera vez, asegúrese que el médico lo sepa y que lo observe estrechamente para evitar cualquier reacción que podría producir un shock fatal. Recuerde también que mientras la penicilina puede no perder su efectividad en el tratamiento de *strep*, el uso indiscriminado e innecesario de la droga podrá interferir con su eficiencia en actuar contra otras bacterias más peligrosas más tarde en la vida del chico. Como ya expliqué, el paciente puede desarrollar cepas de bacterias resistentes a la penicilina, permitiendo que la droga no funcione cuando es realmente necesaria para salvar una vida.

Si su médico le receta penicilina oral, podrá recordar advertirle que será ineficaz para prevenir una fiebre reumática a menos que el chico la tome puntualmente cada cuatro horas durante 10 días seguidos. Sin embargo, la evidencia demuestra que muy a menudo no se adopta este consejo médico. Y es fácil comprender por qué es así. Típicamente, el antibiótico alivia los síntomas de un dolor de garganta en un par de días, como lo

hubiese hecho la Madre Naturaleza sin necesidad de drogas, y los padres asumen que es porque funcionó la medicina. En lo que respecta a la infección *strep*, es así pero no será plenamente efectiva contra la posibilidad de una fiebre reumática a menos que se siga dando penicilina durante el curso total de diez días, tal como se recetó.

Aún en el caso de saberlo, se necesitará un padre notablemente determinado para que continúe insistiendo que el chico tome su medicina cada cuatro horas durante los *ocho días* restantes después que ya se siente bien. Repetidos estudios demostraron que cuando se prescribe penicilina las tasas de acatamiento andan bien por debajo del 50 %. Esto simplemente significa que en más de la mitad de los casos en los cuales se le da penicilina al paciente, éste no continúa tomándola durante suficiente tiempo como para que sea efectiva contra la enfermedad — fiebre reumática y no *strep* — que según se suponía, debía prevenir.

PARA LA MAYOR PARTE DE LOS NIÑOS LA ENFERMEDAD CARDÍACA REUMÁTICA NO ES PELIGROSA

Si el niño corriera algún peligro significativo de tener una enfermedad cardíaca reumática, sería arriesgado no conformarse a las instrucciones del médico. En la vida real sólo es preocupante en el grupo de mayor riesgo — los niños en villas de emergencia, con menor posibilidad de recibir atención médica y, cuando la reciben, los que menos la tomarán por el tiempo indicado.

Sin embargo, y a pesar de existir una abrumadora evidencia indicando que la fiebre reumática ha desaparecido prácticamente, excepto en el estrato socio-económico más bajo — los médicos raramente informan a sus pacientes de que existe un riesgo mínimo. A los padres se les hace creer que la fiebre reumática y la amenaza acompañante de una enfermedad cardíaca vitalicia es un peligro inminente para todo chico con dolor de garganta. Esta conclusión se contradice por la simple lógica, y por los hechos estadísticos.

En primer lugar, virtualmente todos los estudios sobre la

incidencia de la fiebre reumática entre víctimas de *strep* se han efectuado en poblaciones aisladas, como bases militares y orfanatos. Es bien conocido que la epidemiología en poblaciones aisladas no es típica de las abiertas. Y, sin embargo, estas conclusiones fueron aplicadas a las poblaciones en general, y millones fueron tratados por infecciones sépticas de garganta para prevenir una enfermedad prácticamente inexistente. En tal caso es de considerar si el daño causado por los tratamientos excede el riesgo de lo que la penicilina va a tratar. ¡Los médicos son rápidos para advertir a los padres sobre los peligros de la fiebre reumática, pero pocos son los que advierten a sus pacientes sobre los riesgos del tratamiento que recetan!

Si la fiebre reumática fuese una amenaza seria, podríamos asumir que en una ciudad tan grande y densamente poblada como Nueva York se producirían incontables casos, en especial ya que tantos de sus habitantes viven en condiciones de pobreza. Pero en realidad sólo se constataron 75 casos de fiebre reumática en el famoso hospital Bellevue de Nueva York entre 1970 y 1977, y ni un solo caso fue identificado en 1978, el año más reciente del cual tengo información.

Si se los presiona, los médicos reconocerán que la incidencia de enfermedad cardíaca reumática está cediendo, pero tienden a atribuir la declinación al tratamiento preventivo con penicilina. Este aserto no es válido, porque la incidencia de fiebre reumática comenzó a caer mucho antes de que apareciera la penicilina en escena. Hace 25 años, en el área metropolitana de Chicago se trató de establecer un registro de incidencia solicitando a todos los médicos que informaran sobre los casos de fiebre reumática que trataban. Se abandonó el proyecto porque no pudieron encontrarse casos en los vecindarios y suburbios afluentes de Chicago. Los únicos casos informados ocurrieron en el centro de la ciudad, probando nuevamente que sólo los chicos de familias pobres vivían bajo ese riesgo.

Varios estudios demostraron que la incidencia de fiebre reumática se relaciona con la densidad de niños por cuarto, lo que también puede explicar los resultados obtenidos en estudios realizados en instalaciones militares y orfanatos. La fiebre reumática es realmente una enfermedad socio-económica, y es poco

probable que el uso de la penicilina, aún entre los pobres, surta mucho efecto. La eficacia de este antibiótico varía según el estado nutricional del paciente y entre los pobres hay poca buena nutrición.

Mientras es claro que la incidencia de casos diagnosticados con fiebre reumática está disminuyendo, es menos seguro que esta enfermedad fuera nunca una legítima amenaza de gran importancia. Un estudio de casos diagnosticados con enfermedad cardíaca reumática realizado 40 años antes, reveló que un 90 % de los casos surgían de diagnósticos equivocados debido a una mala aplicación del criterio clásico. Nueve entre diez víctimas presumibles no tenían la enfermedad. Por tal motivo es ilusorio decir que la enfermedad cardíaca reumática ya no sea una amenaza, porque, de hecho, nunca lo fue en realidad. Esto es significativo para aquellos diagnosticados como teniendo esta enfermedad hace muchos años y que desde entonces han estado preocupándose por ello.

Una pregunta final para su doctor, si aún insiste que la fiebre reumática es algo preocupante: dado el hecho de que tanto como un 15 - 50 % de los casos de *strep* no son diagnosticados y, por lo tanto, no tratados y dado que la mitad de éstos no se benefician debido a la baja tasa de acatamiento, ¿dónde está toda aquella gente que debiera haber contraído fiebre reumática derivada de una infección séptica de garganta?

TRES PUNTOS DE VISTA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL STREP

En todo lo concerniente al tratamiento del *strep*, la mayoría de los médicos se divide en dos campos. También hay un tercer grupo solitario, al cual sólo pertenecemos unos pocos.

Entre los dos primeros, un grupo insiste en que debe administrarse inmediatamente penicilina en cualquier caso de dolor de garganta y sin aguardar resultados de un análisis de cultivo. Hacen notar, correctamente, que a menos que se de penicilina dentro de 48 - 72 horas del inicio de los síntomas, podrá no evitarse la posibilidad de fiebre reumática cuando finalmente se dan antibióticos. Como por lo general los síntomas se han presentado

por un tiempo antes de tomar el cultivo, el hecho de aplazar el uso de penicilina por 24 - 48 horas antes de obtener los análisis puede volverla inefectiva.

El segundo grupo discute que no debe darse penicilina hasta obtener los resultados del análisis. Señalan los riesgos de la penicilina y de su uso indiscriminado junto con el hecho de que al paciente se le debe decir que no desperdicie su dinero en prescripciones que puede no necesitar.

El tercer grupo, en el cual me encuentro, mantiene que deben evitarse tanto los cultivos de garganta como los antibióticos, porque los peligros del tratamiento son mayores que la posibilidad remota de que el niño sufra algún efecto duradero si tiene *strep*.

Mi posición es simplemente producto de la experiencia y observación durante 25 años. Cuando completé mi educación médica, me asocié a una práctica pediátrica que atendía una clientela afluente sobre la rambla del lago de Chicago. Mi socio principal era un médico docto y consciente, el Dr. Ralph Kunstadter. Muy pronto me sorprendí al ver que raramente tomaba cultivos de garganta y cuando le pregunté el por qué, me dijo que eran irrelevantes y una pérdida de tiempo.

El Dr. Kunstadter se había recibido veinte años antes que yo, antes que la Facultad de Medicina hubiese abandonado completamente a la Madre Naturaleza, pero yo estaba imbuido con todo lo que me habían enseñado sobre intervención. Por tal motivo continué tomando cultivos de garganta durante un tiempo, a pesar del ejemplo de mi socio. Pero finalmente también los abandoné al comprender que los resultados obtenidos, después de tomarme el trabajo y de causar un gasto extra a mis pacientes, no eran mejores que los del Dr. Kunstadter. Como ya hice notar, aunque tuvimos más de 150.000 contactos con pacientes durante los quince años de práctica con el Dr. Kunstadter, apareció sólo un caso de fiebre reumática. Es obvio que no valía la pena arriesgar perjuicios para todos los demás niños con dolor de garganta, tratándolos con penicilina para prevenir sólo un caso de fiebre reumática.

RAZON PARA EVITAR LAS TONSILECTOMIAS

Finalmente, permítame una palabra sobre las amígdalas de su chico — esos interceptores de bacterias que penetran por boca, que pueden infectarse mientras que su organismo lucha contra una enfermedad bacteriana. Póngase en guardia si el médico trata de persuadirle de que la infección en sus amígdalas obliga a su remoción, porque raramente es el caso.

Durante décadas, las tonsilectomías constituyeron el pan de cada día para cirujanos y pediatras. Durante los años 1930, la profesión practicaba entre un millón y medio y dos millones de tonsilectomías por año. Escasos niños llegaban a la adolescencia con sus amígdalas intactas, a pesar de que pocas veces se justificaba su remoción por razones médicas legítimas. Para millones de chicos, las consecuencias de estas operaciones innecesarias fueron trauma emocional, pérdida de una defensa inmunológica y, en algunos casos, muerte.

Las únicas indicaciones absolutas para una tonsilectomía o para extirpar las adenoides son malignidad u obstrucción aérea porque las amígdalas están tan dilatadas que es prácticamente imposible respirar. Y, no obstante, y durante muchas décadas, las practicaban como rutina, defendiendo esta conducta irracional con un argumento ímprobo afirmando que si se dejaban las amígdalas infectadas, podría producirse una pérdida auditiva o, por lo menos, dolores de garganta recurrentes.

El apremio del pediatra y cirujano por remover amígdalas sin justificación fue demostrado en un estudio experimental llevado a cabo a mediados de los 40. Se le pidió a un grupo de pediatras que examinara a 1000 niños y allí recomendaron cirugía para 611 de ellos. Luego se llevaron los 389 restantes a otro grupo de médicos que aconsejó que se operara a 174. Esto sólo dejó 215 de los 1000 originales, y se solicitó que otro grupo de pediatras los examinaran. ¡Aunque ya habían sido examinados por dos grupos de médicos, el tercer grupo recomendó que se operara a 89! Si se hubiera continuado la charada, con seguridad recomendarían operar a los 126 chicos que hasta entonces habían escapado a una operación.

Las amígdalas y adenoides son tejidos linfoides, que constituyen el lugar primario de actividad inmunológica del cuerpo. Debido a que interceptan las bacterias que penetran en la garganta, es inevitable que se infecten, dilaten e inflamen. Si se las extirpa, se ha perdido la primera línea de defensa del chico contra infecciones y se transfiere la responsabilidad a los nódulos linfáticos del cuello. Se reduce la capacidad inmunológica del organismo y puede aumentar el riesgo de una enfermedad de Hodgkin.

Como la crítica publicitaria contra esta operación despertó la resistencia de padres y madres, ahora sólo se practica un tercio de las operaciones de antes. Sin embargo aún constituye una proporción muy elevada y su chico sigue siendo una víctima propiciatoria. Dudo que más de un uno por diez mil de los niños la necesita, y, sin embargo, se practican miles de tonsilectomías por año. Resultan en 100 - 300 muertes, con una tasa de complicaciones de 16 por cada 1000 procedimientos.

¡Hace mucho comprendí que el único error de Dios fue poner las amígdalas en un lugar tan conveniente para el bisturí! A menos que su chico tenga las amígdalas hinchadas como para impedirle respirar, o que el médico ofrezca razones de peso, no permita que las opere y aún en ese caso, recomendaría que obtuviese Ud. una segunda opinión.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA EL DOLOR DE GARGANTA

Aunque puedan causar una incomodidad considerable, los dolores de garganta no constituyen condiciones graves, aún si son causados por una infección *strep*. No requieren tratamiento médico a menos que persistan síntomas adicionales que podrían indicar una enfermedad grave. Este es mi consejo a los padres cuando el hijo tiene un dolor de garganta:

1. No salga corriendo en busca del médico simplemente porque su chico tiene una fiebre benigna y un dolor de garganta. Su hijo necesitará un médico sólo si los síntomas persisten durante más de una semana.
2. Remplace los fluidos corporales perdidos por la transpiración, tos, estornudos, descarga nasal, diarrea, respiración más rápida y pérdida de apetito. Mientras el chico está despierto, hágale tomar unos 200 - 250 gr. de líquido por hora. Eso es mucho fluido y quizá más de lo que quiera tomar, por lo tanto aliéntelo ofreciéndole diversas opciones. Puede darle agua (sin fluor), sopas y aún refrescos como último recurso, si con esto puede persuadirle que beba.
3. Mantenga una humedad adecuada en el cuarto del niño y si es posible, en toda la casa. Los humidificadores que despiden vapor fresco son excelentes y seguros. Pero deben mantenerse limpios porque de otra forma harán circular irritantes que aumentarán la inflamación de la garganta. Trate de aumentar la humedad en el cuarto del niño en, por lo menos, un 50 %, aunque bajo ciertas condiciones puede ser difícil.
4. Si su chico se queja a grandes voces, podrá Ud. desear hacer algo para aliviar sus síntomas. En ese caso puede darle una dosis apropiada de algún simple analgésico como el Tylenol. Como toda droga, tiene sus riesgos, pero para un alivio temporario del dolor no considero que

pueda ser peligroso dar cantidades pequeñas. Una alternativa que prefieren algunas madres, y que a veces funciona lo mismo, es una cucharadita de bebida alcohólica. Por razones que no comprendo, las bebidas blancas — gin y vodka — parecen ser elegidas más a menudo para los que hacen esta substitución. ¡Quizá los padres no quieren desperdiciar un whisky añejo!

5. Ya hemos discutido mis puntos de vista sobre supresión de la fiebre, pero permítame recordarle nuevamente que la fiebre asociada con una enfermedad es un mecanismo que el cuerpo utiliza para efectuar su propia cura. Es poco sabio interferir con esto. Las fiebres más abajo de 41 grados no presuponen un riesgo significativo, salvo las convulsiones. Estas pueden ser aterradoras pero raramente peligrosas y probablemente no pueden evitarse porque no se relacionan con una fiebre elevada sino con *la rapidez con la cual se eleva la fiebre*.
6. La afición de los médicos por recetar aspirinas u otras drogas para reducir la fiebre, que muchos prescriben como rutina, es algo que me consterna. Todo médico aprende durante sus años preclínicos en la escuela médica que por cada grado de temperatura se duplica la tasa de circulación de los leucocitos (que luchan contra la enfermedad) en el flujo sanguíneo. Este proceso es conocido como *leucotaxis*. Me cuesta comprender cómo puede desear un médico frenar un mecanismo que se esfuerza por sanar a su paciente.
7. Sin tratamiento, un dolor de garganta — aún resultante de una infección séptica — debiera mejorar y desaparecer dentro de una semana o menos. Si no lo hace, vea a su médico porque podría indicar otra enfermedad que el *strep* — una mononucleosis infecciosa o muy raramente, difteria o leucemia.

La primera se identifica fácilmente en el análisis sanguíneo, y el tratamiento normal es una buena nutrición y reposo. Los casos más graves pueden ser tratados con hormonas esteroideas — la usual es prednisona — pero este es un tratamiento radical y controvertido, para usarse

sólo en casos de extremo alto riesgo. La difteria ocurre tan raramente que podrá ser que ni siquiera la sospeche el médico, a menos que la molestia del chico llegue a una dificultad respiratoria extrema. Si el niño se ahoga o no alcanza a respirar adecuadamente, llévelo enseguida al hospital más próximo para terapia intensiva.

8. En casos de inflamación séptica de garganta, los médicos justifican el uso de penicilina como forma de evitar la enfermedad cardíaca reumática. Esta condición es tan raramente consecuencia de una infección *strep* que no justifica el tratamiento antibiótico. No obstante, si lleva el chico al doctor y éste receta penicilina para tratar la infección *strep*, los síntomas debieran desaparecer dentro de 24 - 48 horas. Si no han desaparecido después de una semana, informe al médico. El dolor de garganta del chico puede resultar de otra enfermedad, y en ese caso debe tomar los análisis necesarios para determinarlo.
9. A menos que debido a una dilatación de las amígdalas, su chico tenga una dificultad respiratoria crónica, no permita que las operen sin recibir una nueva opinión indicando su necesidad. Las amígdalas constituyen una de las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad, por eso no debe Ud. permitir que su chico las pierda a menos que exista una necesidad claramente establecida justificando la operación.

Capítulo XII

DOLORES DE OIDO: DOLOROSOS, SI, ¡PELIGROSOS RARAMENTE!

El dolor de oído puede ser la enfermedad más dolorosa de la infancia. Su niño puede sufrir enormemente por un dolor de oído y debido a que los padres se sienten tan impotentes y temerosos de que la infección pueda producir una pérdida auditiva y otras consecuencias, también constituye para ellos una verdadera agonía.

Según las estadísticas, la otitis media (infección del oído medio) es responsable por un 8 % de todas las visitas de pacientes a las prácticas pediátricas y un 17 % de todas las infecciones diagnosticadas. Esto no significa que un 17 % de todas las infecciones sean otitis media, porque es posiblemente, y entre todas las enfermedades de niños, la que más se diagnostica y la que más se trata en exceso.

La mayor parte de los padres corren al médico cuando el chico se queja de un dolor de oído. Y esto ocurre aún con padres que por lo normal consideran la llamada al doctor como un último recurso cada vez que el hijo dice que se siente mal. Su preocupación inusual por esta molestia es impulsada por el dolor agudo experimentado por el niño o por el temor de que pronto se agudice del todo. Además, muchos padres creen erróneamente que las infecciones de oído pueden causar una pérdida

auditiva o producir una mastoiditis, una aterradora reliquia del pasado médico.

No puedo criticar estos temores paternos porque, en su mayor parte, los médicos los agravan. También muy a menudo los pediatras diagnostican inexistentes infecciones de oído. Es cierto que el niño puede experimentar una sordera temporaria como resultado de infecciones de oído recurrentes durante los meses invernales. Pero si es así no se afane porque retornarán sus plenas facultades auditivas junto con los tulipanes primaverales. Durante más de 25 años de medicina pediátrica nunca he visto un caso de pérdida auditiva permanente como resultado de una infección. En lo que toca a la mastoiditis, que durante mi niñez constituyó una de las principales preocupaciones paternas, todavía me queda por ver desarrollarse un solo caso, fuesen o no tratadas las víctimas de una infección de oído. Ha desaparecido misteriosamente.

En la mayor parte de los casos el dolor de oído es causado por una presión que se desarrolla cuando algo — generalmente una infección — interfiere con el drenaje del oído a través de las trompas de Eustaquio. Sin embargo, pueden ocurrir infecciones bacterianas y virósicas en el canal del oído (otitis externa), en el oído medio (otitis media), y en el oído interno. Estas últimas raramente ocurren en niños aunque en adultos pueden involucrar vértigo, mareos y tinitus (ruidos en el oído).

DOLORES DE OÍDO CAUSADOS POR CUERPOS EXTRAÑOS

La introducción de cuerpos extraños en el oído es otra fuente relativamente común de dolor. Pueden causar dolor por su propia presencia o por producir infecciones dolorosas. Al niño pequeño le encanta colocarse objetos pequeños en el oído y, a veces, dentro de la nariz. Alguien llegó a componer una canción llamada "Frijoles en tus oídos", pero puedo asegurar que los objetos ofensivos no se limitan a porotos. Desde hace años he invadido canales auditivos para remover trozos de papel, pelotas de algodón, balines, píldoras de vitaminas, caramelos comunes y de gelatina, granos de cereales, broches y

alfileres de gancho.

Si su chico le dice que puso algo en su oído, o si sospecha que lo hizo, llévelo enseguida al médico. Muy pocas veces esos objetos extraños emergen por sí solos y es peligroso tratar de hacerlo uno mismo. Si no hay razón para sospechar de algún objeto extraño, no es necesario solicitar un tratamiento médico, a menos que persista el dolor durante 48 horas o más.

Las alergias también son asiduos componentes de las infecciones de oído. Pueden predisponer el chico a una infección bacteriana. El culpable más común es la leche de vaca, en forma natural o en alimento de fórmula. Causa una hinchazón de las membranas mucosas, que interfiere con el drenaje de secreciones a través de la trompa de Eustaquio. Eventualmente, y debido a estas secreciones acumuladas, resulta una infección. La alergia a la leche es responsable por la elevada incidencia de infecciones de oído en bebés alimentados a mamadera. Empero, las alergias a otros alimentos, polvo, polen, etc., pueden producir los mismos efectos.

Los padres y médicos también pueden ser responsables por lesiones en el canal auricular y el tímpano debido a sus esfuerzos por remover la cera del oído. Esto raramente es un procedimiento necesario y cuando lo es, hay formas seguras de hacerlo. Si desea evitarle un perjuicio en el oído, sugiero que observe una sencilla regla que he aconsejado desde hace años a los padres: "¡Nunca poner algo en el oído del niño que sea más chico que su dedo!"

Nadie puede facilitar una explicación científica sobre la razón por la cual algunos chicos producen más cera en el oído que otros. Asimismo existen diferencias raciales en la cantidad, consistencia y color de la cera en el oído. Una acumulación de cera puede causar a veces una ligera pérdida auditiva temporaria, pero raramente ocurre en niños.

La mejor forma de remover la cera es insertando unas gotas de peróxido de hidrógeno en el oído dos veces por día y durante dos o tres días; el chico podrá quejarse de un sonido burbujeante o ruidoso, pero no le hará daño. Permita que las gotas queden unos minutos en el oído y luego enjuáguelo con suaves chorros de agua de una jeringa. También puede usar una prepa-

ración comercial llamada Murine (gotas de oído), pero el peróxido es más barato e igualmente eficaz.

EL PELIGRO DE REMOVER LA CERA DEL OIDO

No es aconsejable que Ud. o su médico utilicen cualquier tipo de instrumento para forzar la cera fuera del oído, ni siquiera con un tópico de algodón. Esto es peligroso e innecesario por varios motivos:

1. Introduce algo por un pasaje ciego que tiene en el fondo una membrana delicada y no puede Ud. saber a qué profundidad debe ir.
2. El revestimiento del oído es una estructura frágil con un gran número de glándulas y cilios cuya función es mantener el oído libre de cuerpos extraños. Las glándulas secretan aceites y mucosidad. Este revestimiento es tan sensible que su invasión, aún con un suave tópico de algodón, es como conducir un camión a través de un jardín.
3. El oído tiene sus propios mecanismos para expulsar los agentes nocivos del canal auditivo. Interferimos con estos mecanismos cuando tratamos de limpiarlo con algodón, porque existe la posibilidad de empujar hacia adentro la cera y la suciedad y compactarlas, dificultando su remoción. También podremos causar un perjuicio físico al canal auditivo o al mismo tímpano.

Debe pedírsele al pediatra que no use un instrumento para remover la cera que tiene su chico en el oído, aunque diga que debe hacerlo para poder ver el tímpano y determinar si hay infección. Esa no es una razón válida, porque un simple desliz de su instrumento de metal o un repentino movimiento de cabeza al agitarse el chico, puede resultar en un tímpano perforado. Aunque esto se cura solo, puede dejar una cicatriz causando una pérdida auditiva parcial.

A veces un chico se perfora el tímpano al hurgarse el oído con un instrumento agudo, como un lápiz. Virtualmente el

tímpano siempre se cura solo sin tratamiento. En todos mis años de práctica siempre he visto lo mismo. Si esto le ocurre a su chico es mejor ver un especialista de oído. En casos extremadamente raros, la lesión puede necesitar una operación, pero antes de autorizarla, es necesario interrogar estrechamente al doctor, tanto en este caso como si recomienda antibióticos para una lesión de este tipo.

DOLORES DE OIDO CAUSADOS POR CAMBIOS EN LA PRESION

Otro motivo ocasional de dolor de oído puede ser el cambio de presión atmosférica que ocurre cuando el niño viaja en avión o ascensor. A veces estos bruscos cambios de presión causan dolor y una pérdida auditiva temporaria, como todos hemos observado al viajar en avión. Los síntomas desaparecen cuando se igualan las presiones exterior e interior, pero si no es así, este bloqueo de las trompas de Eustaquio puede producir una infección. Los adultos y niños mayores pueden destaparse el oído tragando, bostezando, masticando goma de mascar o tratando de expeler el aire por la nariz mientras mantienen la boca cerrada. No hay evidencia de que esto último sea perjudicial. Si es un bebé pequeño, es mejor darle de beber mientras el avión asciende o desciende.

COMO LA MAYOR PARTE DE LOS MEDICOS TRATAN EL DOLOR DE OIDO

Veamos ahora lo que ocurre cuando su chico tiene un dolor de oído y lo lleva al médico. En la época de mis estudios médicos, los profesores me advirtieron solemnemente que los dolores de oído no tratados podían resultar en sordera. Durante mucho tiempo, y con igual solemnidad, transmití esta información a mis pacientes sometiéndolos a una sucesión de antibióticos, anticongestivos y antihistamínicos. Más tarde, cuando se puso de moda, cumplidamente perforé los tímpanos de mis pacientes, insertando tubos de plástico para facilitar el drenaje.

Al pasar los años, aprendí que muchos de mis pacientes,

quizá la mayoría, dejaron de tomar antibióticos por el tiempo prescrito y muchos de ellos ni siquiera los tomaron. En la jerga médica esto se llama "incumplimiento del paciente", cosa que critican tanto los médicos como los directores de laboratorio. Pero lo que a mí me molestó más que el incumplimiento del paciente fue la revelación de que éste se recuperaba tanto o más rápidamente que los que aplicaban mis prescripciones ¡y ninguno quedó sordo!

Al principio me consolé invocando la frase consabida que a todos los médicos le enseñan a recitar cuando los pacientes mejoran por desconocer sus consejos: "Ud. tuvo suerte, eso es todo". Pero, poco tiempo después, esta racionalización ya no me satisfizo, porque fueron tantos los pacientes recuperados sin medicación que ya no podía tratarse de casos de suerte.

Esto destruyó mi fe en los antibióticos y dejé de recetarlos, sin efecto negativo apreciable en mis pacientes. Poco después perdí la fe en la timpanostomía — los tubos de plástico. Esto ocurrió porque numerosas madres se negaron a que los insertase, y porque muchos se desprendieron y cayeron poco después de colocarlos. Desafiando la opinión médica establecida, a aquellos pacientes les fue tan bien como a los que mantuvieron los tubos en el lugar durante el tiempo prescrito. Mis tubos de timpanostomía se juntan con los antibióticos en el estante que reservo para las drogas y procedimientos concebidos solamente para beneficio de los médicos y laboratorios.

Ya nunca recomiendo antibióticos, descongestionantes o antihistamínicos para el dolor de oído. Me opongo activamente a las timpanostomías y a mis alumnos les enseñé lo mismo. Sus pacientes no están perdiendo su oído debido a infecciones de oído, y tampoco los míos.

Por desgracia, en el mundo pediátrico figuramos en minoría y los otros siguen funcionando según las reglas. Cuando su chico tiene un dolor de oído y lo lleva al doctor, por lo general la pauta está trazada. Luego que la enfermera le toma la temperatura, el médico se precipitará a la sala de exámenes, preguntará la naturaleza del problema, y efectuará un examen físico sumario. Revisará su garganta, escuchará su corazón y pulmones y luego escudriñará la condición de los tímpanos a través de un otoscopio.

Lo que percibirá con la luz que brilla en la extremidad del otoscopio es el canal auricular, que puede o no estar inflamado, y el tímpano mismo. Si hay una infección más allá del canal, será probablemente en el oído medio. Esta parte se encuentra detrás del tímpano, de forma que el médico no podrá ver el sitio exacto de la infección, si es que la hay. Establecerá su diagnóstico observando la condición del tímpano en vez de la del área misma de la infección.

Normalmente el tímpano tiene un color blanco perla. Cuando se presenta una infección grave del oído medio (otitis media) tomará un violento tinte rojo. Cuando el médico observa el tímpano del niño, percibirá uno de estos dos colores o una serie de tonalidades de rosado a rojo entre aquellos dos. Si el tímpano observado tiene un color rojo remolacha, probablemente le dirá que el niño tiene una infección grave del oído medio y le dará una prescripción de Amoxilina, a tomar tres veces por día durante diez días. Si observa una tonalidad rosada o roja, más pálida, probablemente diagnosticará una infección suave del oído medio y *luego procederá a tratarla como en el caso anterior*.

Este médico está maltratando al niño por dos motivos. El primero es que si el tímpano tiene un color rosado o aún ligeramente rojo no significa que exista una infección del oído medio. El cambio de color puede ocurrir cuando el niño está alterado o llorando, o debido a una fiebre causada por otro motivo, o hasta debido a una reacción alérgica. Una sola observación revelando que el tímpano está ligeramente rosado o rojo no justifica diagnosticar el problema como una infección de oído, porque el mismo tímpano puede tener un color blanco normal si el doctor lo inspecciona una hora más tarde.

¡El segundo error es tratar al paciente con antibióticos, sea que el tímpano presente un color rosado, rojo o aún azul cobalto! El único caso en el cual pueda remotamente justificarse el uso de antibióticos, es cuando el oído está descargando pus, lo que ocurre en menos de un 1 % de las infecciones, y aún así no estoy convencido de que se justifique.

Una serie de estudios controlados ha revelado que el uso de antibióticos para una infección de oído no causa diferencias importantes en términos de resultados — pérdida auditiva, difusión

infecciosa o mastoiditis. Su uso podrá acortar ligeramente la duración del dolor e infección, pero el trueque también reduce la respuesta inmunológica natural a los antibióticos. En consecuencia, y por reducir ligeramente el término de la infección, aumentamos la posibilidad de que el chico sufra nuevas infecciones cada cuatro a seis semanas.

El estudio más reciente que he visto cita los resultados de un experimento con 117 chicos en Holanda. La mitad de ellos fue tratada con antibióticos y la otra mitad no. No hubo diferencia significativa en el cuadro clínico — dolor, temperatura, descargas auriculares, o cambio en el aspecto del tímpano y niveles auditivos — entre los tratados sin antibióticos y los que los recibieron.

Algunos de mis colegas me condenan debido a la posición que tomo contra la costumbre de usar antibióticos para tratar infecciones de oído. A veces me acusan de hacer peligrar las vidas de los niños al oponerme a su uso. Mi respuesta es, considero, irrefutable. Por lo menos nunca fue refutada. Y es ésta:

La mayor parte de las infecciones de oído experimentadas por niños no son tratadas por médicos. Entre las tratadas con antibióticos, la tasa de acatamiento es increíblemente baja. En el Hospital de Niños, en Buffalo, Estado de Nueva York, se estudiaron 300 niños recetados con antibióticos debido a otitis media. Menos de un 5 % recibieron la cantidad recetada. Sólo 22 entre 300 acataron plenamente las instrucciones. En pocas palabras, una gran mayoría de chicos con infecciones de oído no son tratados, y la mayor parte de los recetados con antibióticos, no acatan las instrucciones, de forma que estas drogas son ineficaces. Si los antibióticos fueran realmente necesarios para prevenir la sordera, la mayor parte de los niños en los Estados Unidos tendría deficiencias auditivas.

En otra parte, he discutido los peligros de usar antibióticos indiscriminadamente. Estos peligros prevalecen también cuando se dan para infecciones de oído.

Durante años los médicos también han recetado descongestivos y antihistamínicos en el tratamiento de infecciones de oído. Las principales drogas usadas son el hidrócloro de pseudoefedrina (Actifed) y el maleato clorfeniramina (Sudafed). Estas drogas

y otras similares se han distribuido a millones de chicos afligidos con infecciones de oído, o resfrió común. Desde hace años, el F.D.A. ha cuestionado la validez de estas drogas exigiendo que los laboratorios probaran su valor o las retiraran del mercado. Sin embargo los médicos continuaron recetándolas. En 1983, una vez concluido un estudio trianual en la Universidad de Pittsburgh, se reveló que ninguna de estas drogas era efectiva para el tratamiento de las infecciones de oído. Se incluyeron más de 500 niños en un experimento en el cual la mitad recibió las drogas y la otra mitad un placebo. Ambos grupos se recuperaron en la misma proporción.

Lo que he tratado de hacer en las páginas precedentes es calmar sus temores en todo lo que se refiera a las consecuencias que pueda sufrir su niño por una infección de oído y recordarle que el uso de drogas para tratarlas no es sólo innecesario en la mayor parte de los casos, sino en realidad contraproducente. El mismo consejo es válido para el procedimiento quirúrgico ya mencionado — la timpanostomía — hoy convertida en la operación más comúnmente practicada en niños.

LA TIMPANOSTOMIA ES RARAMENTE JUSTIFICADA

A menudo cuando se presenta un fluido seroso, el pediatra utiliza la timpanostomía para tratar infecciones de oído medio crónicas y recurrentes. Se trata de un fluido claro y no pus. El propósito es liberar el vacío dentro del oído interno para que el fluido escape a través de la trompa de Eustaquio. Es el mismo principio por el cual se practica un segundo orificio en la tapa de una lata de cerveza para que ésta fluya libremente por el primer orificio.

En este procedimiento, el doctor perfora el tímpano, insertando en el orificio un tubo de polietileno. El tubo puede dejarse colocado durante semanas y hasta meses. A veces se lo remueve deliberadamente; a veces se cae solo. La justificación principal por el procedimiento es prevenir la sordera, lo que no tiene justificación.

Muchos estudios controlados han demostrado que cuando ambos oídos están infectados, y se inserta un tubo en uno solo,

el resultado para ambos oídos es casi idéntico. Mientras tanto, el procedimiento en sí entraña numerosos riesgos y efectos secundarios. Justificada como un medio de prevenir la sordera, la timpanostomía puede causar cicatrices y endurecimiento del tímpano, resultando en sordera. Increíblemente, uno de los efectos colaterales de este procedimiento, destinado a curar una otitis media recurrente es, precisamente, una otitis media *aguda*!

QUE HACER EN MEDIO DE LA NOCHE

¿Qué hacer cuando el chico tiene un dolor de oído y nos despierta en medio de la noche? Primero, no buscar inmediatamente ayuda médica, aún si el dolor de oído es agudo. No existe un tratamiento inmediato útil que su médico pueda proveer que no pueda hacer uno mismo. Utilice un tampón recalentado; inserte dos gotas de aceite de oliva tibio en el oído cada dos horas; hágale tomar un poco de whisky, le ayudará a dormir (para un bebé pequeño 10 gotas de whisky y para un chico más grande hasta 1 1/2 cucharadita; la dosis puede repetirse una hora después y si es necesario una hora más tarde). Si continúa el dolor intenso, use una dosis de acetaminógeno apropiada para su edad. El objeto es aliviar los síntomas mientras el cuerpo se defiende solo.

Si el dolor persiste después de 48 horas, vea al médico para determinar si la causa del dolor fuera una lesión traumática o la presencia de un cuerpo extraño en el oído. Si ninguna de éstas causa el problema y no hay drenaje de pus, llévase el chico a casa sin otro tratamiento y deje que la naturaleza siga su curso.

La mayor parte de mis colegas considerará esto como una desviación radical de principios médicos aceptados. Sostengo — y le he ofrecido suficientes evidencias probatorias — que sin duda la radicalidad reside en los principios médicos y que mi enfoque es conservador. Varios estudios científicos controlados han comprobado que el tratamiento convencional de las infecciones de oído no funciona y que puede perjudicar al paciente. Aunque no puedo proveer alguna evidencia científica de que el aceite de oliva y el whisky curarán una infección de oído, mis pacientes le dirán que efectivamente alivian el dolor, y sé que no

causarán perjuicio

Mientras tanto, los pacientes de mis colegas no están quedándose sordos debido a infección de oído, y tampoco los míos. Pero algunos de aquellos pacientes sufren por pérdidas auditivas como resultado directo de los tratamientos que reciben.

**RAPIDA GUIA DE REFERENCIA
DEL DR. MENDELSON
PARA EL DOLOR DE OIDO**

Las infecciones de oído no causarán una pérdida auditiva permanente, y la mastoiditis es una condición tan rara que la mayor parte de los facultativos contemporáneos nunca ha visto un caso. Los tratamientos convencionales con antibióticos, otras drogas y el procedimiento quirúrgico conocido como timpanotomía no son más efectivos para atender una enfermedad que las propias defensas del cuerpo. Si su chico se queja de un dolor de oído, siga estos procedimientos:

1. Espere 48 horas antes de llamar al pediatra.
2. Alivie el dolor con una almohadilla caliente, dos gotas de aceite de oliva tibio insertadas en el canal del oído y, si el dolor es insoportable, la dosis apropiada para niños de acetaminógeno. No use aspirina debido a los efectos secundarios en potencia. En 1955 y siendo un joven interno diagnosticué mi primer caso de intoxicación por aspirina. El niño murió y desde entonces la he soslayado.
3. Si persiste el dolor después de 48 horas, vea al doctor — no para tratar una infección, si es que la hubiera, sino para descartar toda posibilidad traumática o la presencia de algún cuerpo extraño.
4. No permita que el médico utilice un instrumento para remover la cera del oído del niño y no intente Ud. hacerlo.
5. Si el médico examina el chico y descubre una infección virósica o bacteriana, cuestíonele la necesidad de usar un antibiótico, si es que lo recomienda. Si encuentra un cuerpo extraño, deje que lo extraiga, pero nuevamente, y si lo receta, cuestione la necesidad de un antibiótico. Si el niño se ha lastimado el tímpano con algún objeto contundente, es posible que su pediatra le recomiende consultar a un especialista otorrinolaringólogo. Si éste recomienda una operación o antibióticos, no lo acepte sin cuestionar su

necesidad. En todos mis años de experiencia, jamás he visto un caso en que uno u otro procedimiento fuera necesario.

6. Si el chico tiene una infección de oído crónica y recurrente, es probable que se deba a alergias o por los antibióticos dados previamente. Si su médico recomienda una timpanostomía, no lo permita sin obtener una segunda opinión. Este procedimiento ha remplazado a la tonsilectomía como favorita de los pediatras, pero no existe evidencia científica confiable de que sirva para algo, y hay una considerable evidencia de que pueda causar perjuicios adicionales.
-

Capítulo XIII

PROTEGIENDO LA VISION DE SU NIÑO

Como a todos nos ocurre, probablemente considera Ud. que la visión es el más precioso de los sentidos y se sobrecoge al sólo pensar que su niño pueda perder la vista. Esto es comprensible, de manera que es importante que le cuide bien la vista. También es importante saber cómo evitar un tratamiento inadecuado.

La visión se mide como la tasa de capacidad individual del ojo en relación a lo que el ojo normal debiera ver. Por lo tanto una visión 20/20 significa que el ojo percibe a 20 pies (6 mts.) lo que debería ver a esa distancia. Si el chico tiene una visión de 20/50, ve a 20 pies (6 mts.) lo que debiera poder ver a 50 pies (16 1/2 mts.).

Al nacer, el bebé tiene alguna grosera capacidad visual y le cuesta distinguir los detalles. Su visión mejora gradualmente hasta alcanzar plena capacidad a la edad de cinco años. Los ojos de un niño están suficientemente desarrollados para tener una visión de 20/20 a los seis meses, pero aún no se ha desarrollado suficientemente la acción recíproca entre el ojo y el cerebro para proveer una visión de esta calidad. A la edad de dos años, la visión del niño es de alrededor de 20/70 pies, a los tres 20/30 ó 20/40; a los cuatro 20/25. No habiendo algún problema visual, a los cinco años alcanza a 20/20.

Debido a que algunos padres se preocupan cuando se les dice que su chico de tres años tiene una visión 20/40, es importante que comprenda Ud. que no es esencial tener una visión 20/20. Los niños pueden funcionar muy bien con una visión 20/40, y es probable que el niño de tres años con ese nivel de capacidad visual alcance una visión 20/20 a los cinco años. También es importante comprenderlo porque algunos médicos prescribirán lentes correctivos para un niño de tres años con una visión 20/40. Esto es innecesario a menos que un defecto visual específico requiera una corrección o si ve mejor con un ojo que otro, de forma que no pueda focalizar adecuadamente. Esto debe corregirse, porque de otra forma un ojo podría dejar de funcionar como debiera.

Las tres deficiencias visuales más comunes son la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. Todas estas condiciones son debidas a la forma del ojo y no indican debilidad o enfermedad. Si la distancia entre la córnea y la retina es demasiado grande, el ojo enfoca en frente de la retina, no sobre ésta, causando miopía (corto de vista). Si la distancia es demasiado corta, el ojo enfoca detrás de la retina y la persona tiene hipermetropía (percibe confusamente los objetos próximos para formarse la imagen más allá de la retina). El astigmatismo tiene por causa una irregularidad de la córnea o de los lentes. Todas estas condiciones pueden corregirse con anteojos o lentes de contacto y ninguna de las tres condiciones indica posibilidad de una enfermedad ocular en el futuro.

Alrededor de un 10 % de los niños puede necesitar lentes para una u otra de estas condiciones, pero si no se usan lentes correctivos, la condición no desmejorará. La hipermetropía a menudo disminuye al llegar a la edad adulta (21 años); es usual que la miopía desmejore durante la adolescencia pero también se estabiliza al llegar a la edad adulta.

GENERALMENTE EL ESTRABISMO SE CORRIGE SOLO

Durante los primeros meses de vida, los ojos de un bebé pueden funcionar en forma independiente, produciendo en los

padres el temor que el niño tenga una condición llamada *estrabismo*. Este movimiento al azar no es inusual ni anormal, y al llegar a los tres meses de vida los ojos debieran comenzar a funcionar al unísono al seguir objetos movibles alrededor del cuarto. Sin embargo, algunos chicos despliegan una condición conocida como *estrabismo divergente*, en la cual uno u otro ojo se desvía fuera de sincronización. Esta situación casi siempre se auto-corrige al llegar a los cinco años, pero si su chico lo tiene y lo lleva al doctor, puede recibir un tratamiento, quizá incluyendo una operación que no necesita.

La condición puede ser seria si uno de los ojos queda pegado sobre un lado y no funciona para nada. Si esta condición no se corrige, la función de este ojo podrá quedar dañada permanentemente. Esta condición, conocida como *ambliopía*, es una ausencia de visión normal porque el ojo no transmite los estímulos visuales a la porción sensoria del cerebro que atiende el ojo. Puede generalmente ser evitado cubriendo el ojo bueno, lo que fuerza el uso del ojo *indolente*; por medio de ejercicios oculares (*ortóptica*); con lentes; y en casos extremos — cuando fallan todas las demás medidas — con cirugía.

Es esencial que el verdadero estrabismo, que puede llevar a una ambliopía, se corrija solo cuando el niño llega a la edad escolar. Si uno de sus ojos queda fijo sobre un lado, los padres deben llevarlo a un oftalmólogo para tomar medidas correctivas. Pero, asegurando que el médico no decida operar hasta que se hayan probado todas las medidas menos heroicas y éstas hayan fallado.

Antes de someter el niño al tratamiento es necesario estar seguro de que se trata de un estrabismo verdadero, con un ojo fijo sobre un lado, y no de una variedad divergente relativamente común. ¿Por qué? Pues porque he presenciado demasiados casos de estrabismo divergente en niños de dos y tres años que quisieron corregir los médicos — hasta con cirugía — a pesar de que había una fuerte posibilidad de que la condición se corrigiera por sí sola antes de que el niño llegara a cumplir cinco años.

Aunque la razón de este libro es exhortar al lector que evite toda atención médica innecesaria, deseo ser igualmente firme en

instarle a que la obtenga cuando lo exige la condición de su hijo. Las lesiones oculares constituyen un caso de este tipo. Cuando su hijo sufre una lesión ocular grave, los padres no deben tratarla y tampoco su pediatra. Llévelo enseguida a un oftalmólogo competente o a la sala de terapia intensiva de un hospital, recomendada por un especialista. El tratamiento realizado por aficionados, sean éstos padres o un médico no especialista, puede resultar en un perjuicio permanente del ojo.

El único tratamiento inmediato que debe darse para una lesión en el ojo es aplicar una compresa caliente y húmeda y bañar el ojo con agua pura y estéril en caso de quemaduras químicas. Mientras tanto, hacer que alguien llame por teléfono al oftalmólogo o a la sala de terapia intensiva del hospital, describiendo la lesión para determinar si puede hacerse algo más antes de salir para el hospital.

Si sabe Ud. que el problema es simplemente una partícula en el ojo, y las lágrimas del chico no la remueven, trate de lavarla con agua. Retire los párpados y proyecte agua hervida pero entibada (no agua *hirviente*) dentro del ojo con un cuentagotas estéril. Preste particular atención al párpado superior, porque allí es donde es más posible que se ubiquen los cuerpos extraños. Si eso no funciona, trate de evitar que el chico se frote los ojos hasta que lo vea el doctor. Podría lastimarse el ojo si el objeto ofensivo es agudo o raspante.

LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS VISUALES RECIBEN TRATAMIENTOS DEMASIADO COMPLICADOS

Dejando de lado las lesiones oculares, los médicos tienden a complicar los tratamientos para otros problemas de visión, como lo hacen con todo. Numerosos chicos sufren la molestia de llevar lentes y las bromas de sus condiscípulos, porque sus médicos les recetan lentes correctivos que en realidad no necesitan. Un estudio formal de atención visual pediátrica involucrando 2000 niños y 300 pediatras descubrió que 7 de cada 10 chicos con anteojos no se beneficiaban con éstos, presumiblemente porque su visión no estaba suficientemente deteriorada como para requerir una corrección. ¡Un asombroso 40 % de los que

usaban anteojos fracasaron en una prueba de agudeza visual!

Los padres deben enfrentar esfuerzos y gastos innecesarios debido a las exigencias del pediatra que insiste en efectuar exámenes rutinarios del ojo, a veces exigiendo que se realicen tanto como una vez al año. El único beneficiario de esta estupidez es el médico que practica el examen. A menos que tenga problemas obvios de visión, su chico no necesita exámenes oculares de rutina y mucho menos una vez al año.

Como precaución adecuada es aconsejable examinar los ojos a la edad de cuatro años, cuando se posibilita la prueba y luego a la edad de 9 ó 10 años. Más allá de eso y a menos que se sospeche en casa o en la escuela un problema de visión, no se necesitan nuevas revisiones. Para adultos, un enfoque conservador sería realizar una prueba de visión cada 10 años hasta los 40, y luego cada 5 años.

También los médicos tienden a tratar excesivamente las enfermedades de los ojos, que en su mayor parte son causadas por alergias e irritaciones. La molestia visual más común en el niño es la conjuntivitis, generalmente debida a alergias, pero a veces también por infecciones virósicas y bacterianas. También el chico puede sufrir esta condición por exposición al humo de tabaco u otras formas de contaminantes aéreos, cansancio visual o por dormir mal.

La conjuntivitis alérgica puede ser causada por polen, polvo, caspa animal, medicación, cosméticos, alimentos, aditivos químicos y numerosos otros alérgenos. Por lo general, se caracteriza por una picazón y enrojecimiento, pero sin descargas desde los ojos, otras que lágrimas. Otra forma de conjuntivitis alérgica tiene su propio nombre auto-explicativo: "conjuntivitis de piscina".

La conjuntivitis de primavera es estacional, como lo implica su denominación. Típicamente aparece en primavera, continúa a través de todo el verano y desaparece durante los meses de invierno. Los síntomas son picazón, lagrimeo, sensibilidad a la luz y una descarga mucosa pero no purulenta.

La categoría final y más molesta es la contagiosa conjuntivitis catarral. Los ojos enrojecen y se sensibilizan a la luz, picando y ardiendo, descargando gruesas mucosidades o pus que pueden congregarse en los bordes de los párpados. A menudo los niños

que sufren de esta forma de conjuntivitis, despiertan de mañana sin poder abrir los ojos por tener los párpados pegados. Esta puede ser una situación pavorosa para el chico, de forma que es necesario calmarlo ya que su visión no corre peligro. Obviamente y debido a que esta condición es contagiosa, deben emplearse medidas higiénicas — por ejemplo, no compartir toallas — para evitar la difusión de la enfermedad a otros miembros de la familia.

No es necesario saber distinguir entre los diversos tipos de conjuntivitis, pero si el niño la tiene a menudo, debemos sospechar y buscar una causa alérgica. Ninguna de estas condiciones requiere atención médica inmediata, pero si persiste la descarga catarral purulenta durante varios días, podrá justificarse una visita al doctor para un tratamiento con un antibiótico tópico. En la mayor parte de los casos, una conjuntivitis infantil responderá a un suave lavado de los ojos pasando un lienzo limpio con agua hervida entibada.

Si se sospecha que sea una reacción alérgica, es acertado revisar cuidadosamente la historia del niño para tratar de identificar la alergia responsable del problema. Se deben investigar cambios de actividad, dieta, medicación y otras condiciones inusuales que precedieron a la aparición del problema. Nuevamente, esto es algo que pueden hacer los padres más eficazmente que el médico.

Los orzuelos, infecciones de las glándulas sebáceas sobre el borde del párpado, son otra aflicción común en niños. Al principio un orzuelo ofrece una sensación comparable a la presencia de un cuerpo extraño en el ojo. Más tarde ocurre como un desgarró y una irritación dolorosa y enrojecimiento. Finalmente aparece sobre el borde del párpado una especie de lesión. No hay medicación indicada, aunque la aplicación de compresas calientes durante 10 — 15 minutos cada pocas horas generalmente localizará la infección de manera que el orzuelo drene y desaparezca. A veces se usan el ácido bórico o las soluciones de sal de Epsom, pero será suficiente usar agua común hervida y entibada.

MITOS SOBRE LA VISION

Los mitos sobre la visión producen mucho desperdicio de tiempo y dinero. Muchas de estas creencias constituyen una fuente de fricción innecesaria entre padres e hijos. Algunas personas creen la mayor parte de las declaraciones indicadas a continuación, y la mayor parte de la gente cree algunas de éstas, pero no hay evidencia científica de que sean exactas:

1. Leer con una mala luz perjudica los ojos.
2. Leer demasiado perjudica los ojos.
3. Al sentarse demasiado cerca del televisor se dañarán los ojos. (Evítelo de todas formas, porque no se ha realizado ninguna investigación objetiva sobre el perjuicio potencial a largo plazo de la radiación de bajo nivel).
4. Leer en un coche en movimiento daña los ojos.
5. La exposición a una bombilla de magnesio o a una fuerte luz artificial perjudica los ojos.
6. Usar los lentes de otra persona perjudica los ojos.
7. Llevar lentes de juguete perjudica los ojos.
8. No usar los anteojos daña los ojos.
9. El uso de lentes daña progresivamente los ojos.
10. Si no se saca rápidamente un objeto extraño introducido, puede perderse detrás del ojo (eso no es posible, porque la membrana conjuntiva separa la parte visible del ojo de la parte trasera del globo ocular. La única abertura es el pequeño ducto lacrimal por el cual fluyen las lágrimas).
11. La zanahoria cruda mejora la vista (¡si esto le ayuda para hacérsela comer al niño, perpetúe el mito!).

Surgen tantas situaciones en las cuales los padres deben decirle "no" al chico que es contraproducente aumentar la fricción haciendo hincapié en mitos como estos.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA
DEL DR. MENDELSON
PARA LOS PROBLEMAS OCULARES

1. A menos que el padre o madre tengan una enfermedad venérea, traten de persuadir al médico de no colocar nitrato de plata o gotas de antibióticos en los ojos de su hijo recién nacido. Los beneficios no justifican los riesgos.
 2. Si su chico no tiene problemas visuales que surjan en el hogar o en la escuela, no es necesario llevarlo regularmente a exámenes físicos de rutina. Son suficientes dos exámenes oculares durante la niñez — uno a los cuatro y otro a los nueve años.
 3. Si los ojos de su recién nacido no se mueven al unísono, no se preocupe. La condición debiera corregirse sola al llegar al tercer mes de vida. Si el niño continúa teniendo estrabismo divergente, en el cual uno u otro ojo se mueven al azar, espere. Es usual que una vez alcanzados los 4 — 5 años de edad la condición se corrija sola.
 4. Si un ojo queda fijo sobre un lado, puede llevar a una ambliopía, que es una incapacidad visual permanente, y en ese caso es mejor ver a un oftalmólogo, aunque debe resistirse a una operación. Pídale al médico que primero trate de tapar un ojo, utilice la ortóptica o lentes y que sólo recurra a la cirugía si todo lo demás falla.
 5. Si el chico desarrolla conjuntivitis, lave sus ojos esponjeándolos con agua hervida entibada y un lienzo limpio. Luego trate de identificar una causa alérgica de la condición. Manténgase lejos del médico a menos que, a pesar de sus esfuerzos, haya una descarga purulenta que persista durante varios días.
 6. Tratar los orzuelos con compresas calientes para que se localicen y que la glándula sebácea afectada drene y se cure. Toda medicación es innecesaria.
-

Capítulo XIV

PROBLEMAS DE PIEL:

MALDICION DE LA ADOLESCENCIA

Las molestias cutáneas raramente amenazan la vida, pero tienen alto rango en cualquier catálogo de preocupación paterna debido al impacto emocional y psicológico que a menudo producen en sus víctimas — en especial adolescentes. Los efectos desfigurantes del acné, en particular, han ensombrecido la vida de millones de adolescentes y adultos, y esta enfermedad continúa siendo una de las condiciones más desconcertantes en la medicina pediátrica.

La primera condición médica que más molesta a la madre primeriza es un problema de piel llamado *sarpullido de pañal*.

Los casos pertinaces, que irritan e incomodan al bebé, pueden ser extremadamente frustrantes. A menudo desesperada, la madre reacciona comprando ungüentos o consultando a sus pediatras para esta condición tan simple y común. Ninguna de estas dos reacciones son necesarias y, de hecho, pueden ser peligrosas.

En la práctica de la medicina pediátrica es simbólico que uno de los primeros tratamientos que posiblemente reciba el bebé luego de irse del hospital, sea un ejemplo de farmacéutica destructiva. Virtualmente todos los médicos usan algunas drogas en forma innecesaria y la mayor parte temerariamente,

y el resultado es una sobre-medicación peligrosa que, en la práctica médica norteamericana se ha convertido en regla en vez de excepción.

El sarpullido de pañal es una condición simple que debiera tratarse con medidas simples, pero este concepto es inaceptable para los fabricantes de los laboratorios y también para muchos pediatras. ¡Presénteles Ud. un trasero rosado e irritado y revelarán un sinfín de bálsamos y ungüentos conteniendo antibióticos, cortisona e hidrocortisona, con efectos secundarios potencialmente perjudiciales que *realmente* le darán a Ud. razones para preocuparse!

La prevención es la clave para evitar el sarpullido del pañal. No use bombachas de plástico o goma o pañales descartables. Use pañales de algodón y asegúrese de que los han enjuagado bien para eliminar cualquier detergente irritante. Lave bien al bebé con un jabón suave y agua después de cada evacuación y exponga sus nalgas al aire en todo lo posible. Si, a pesar de esas precauciones, aparece un sarpullido, continúe con los mismos procedimientos pero pasándole un almidón de maíz ordinario (en vez de talco) antes de ponerle de vuelta los pañales. Si esto no resuelve el problema, substituya el almidón de maíz por un ungüento de óxido de zinc o pasta de Lassar, que es otra preparación de zinc. Finalmente, haga lo obvio: observe con frecuencia la condición de los pañales, y si están mojados, cámbielos enseguida.

Si sigue fielmente estas precauciones y aún así persiste el sarpullido, podrá haber una condición subyacente que requiera un tratamiento médico, pero estos casos son muy poco comunes. Un ejemplo es el sarpullido causado por una infección de levadura (a menudo debida a medicaciones con antibióticos) para la cual será necesario un ungüento prescripto. Con frecuencia ciertos alimentos como la leche de vaca o los alimentos de fórmula con leche de soja son responsables. Este es uno de los innumerables argumentos a favor de la lactancia materna, ya que reduce enormemente la incidencia del sarpullido de pañal y otras condiciones producidas por las alergias dietéticas.

El acné constituye otra punta del espectro de molestias cutáneas que afligen a niños y adolescentes. Esta enfermedad

desfigurante es la plaga de numerosos adolescentes y algunos niños más chicos y también adultos. Los efectos físicos son bien conocidos, pero la profesión médica aún no ha descubierto sus causas. Es poco el progreso obtenido para aliviar los síntomas de acné y menos para curarlo, sin lo que considero riesgos inaceptables.

ORIGEN DEL ACNE

El acné es una enfermedad de las glándulas sebáceas, ubicadas a unos 3 mm. bajo la piel. Su función es secretar una sustancia aceitosa llamada *sebum*, que lubrica el pelo y la piel, impidiendo la evaporación de agua sobre la piel ayudando a estabilizar la temperatura corporal. La mitad de la composición del *sebum* está compuesta por triglicéridos, o grasa común. Esto es el alimento para el *acné corinebacterium*, una bacteria encontrada en los folículos capilares. Estas bacterias se multiplican, emitiendo subproductos que irritan a los folículos que se hinchan e inflaman. El proceso es complicado, pues resulta en un bloqueo de los poros, acumulándose el *sebum*, y la enfermedad progresa del acné miliar a espinillas negras, pústulas y finalmente — en alrededor de un 2 % de los casos — en quistes. Estos son los quistes que causan fuertes cicatrices faciales (acné variolide), en particular si se los pincha o comprime, ya que esto produce más infección.

Sobre el acné existe mucha mitología. Numerosas personas piensan que la espinilla negra es causada por suciedad en los poros. Pero no es así: el color negro no tiene por causa la suciedad sino una acumulación de pigmento de melanina — la misma sustancia que broncea a los caucásicos cuando se exponen al sol. Sin embargo, aquella creencia hace que muchos adolescentes se cepillen el rostro hasta dejarlo casi en carne viva. Ser limpio es una virtud, pero un cepillado intenso con jabón y agua no afectará el curso del acné, porque sólo alcanza la superficie de la piel y no el área más profunda donde se está acumulando la secreción sebácea. En realidad, cuanto más se frota, más se agrava la condición.

Entre los sufrientes de acné existen difundidos conceptos

erróneos sobre el papel de la dieta y en verdad, también entre los médicos. Algunas creencias dietéticas pueden ser útiles porque ayudan a que muchos chicos no coman basura, pero no hay evidencia científica de que cualquier categoría de alimento tenga un efecto compatible para producir o intensificar el acné.

A través de los años se ha señalado que el chocolate sea culpable y los alimentos grasos como las papas fritas, maní y alimentos conteniendo yodo. Hay evidencias empíricas de que, en verdad, algunos alimentos agravan el acné en algunos pacientes, pero varios estudios controlados no señalan alguna alergia alimentaria como causa específica. No obstante, parece que algunas personas reaccionan ante ciertos alimentos y ciertamente cuando se identifica algún producto culpable como causa probable se lo debe evitar, a pesar de lo que indiquen las investigaciones.

Ciertos nutricionistas han tenido algún éxito modesto en la administración dietética del acné, a pesar de que falta una evidencia científica de que funcione. Es posible que los médicos se burlen de esto citando estudios que niegan cualquier influencia dietética en la incidencia del acné. Algunos llegan a llamarlo curanderismo. Mientras tanto continúan tratando a sus pacientes con sus propias formas de curanderismo no científico, que tampoco son defendibles, efectuando estudios controlados.

LA MAYOR PARTE DE LOS TRATAMIENTOS DEL ACNE SON SOLO LIGERAMENTE BENEFICIOSOS

Más de 150 preparaciones farmacéuticas existen para el tratamiento del acné. La mayor parte de las más conocidas contienen peróxido de benzoilo, que elimina parte de la materia grasa y puede ofrecer cierto alivio a algunos pacientes. Aún si no lo hace, el adolescente estará mejor usando una de estas preparaciones que algunos de los tratamientos más peligrosos, pero no más efectivos, que recetan los médicos. Durante mis años de práctica, he observado a infinidad de médicos tratando el acné con antibióticos como la tetraciclina y la eritromicina; vitamina A en dosis masivas (y peligrosas); tabletas de sulfato de zinc; cortisona; inyecciones de acetónido de triamcirolona para drenar

las lesiones; terapia hormonal; rayos ultravioletas o pomadas sulfatadas; tiosulfato de sodio; ácido salicílico en varias combinaciones con alcohol; con escarificaciones; descamadores químicos del rostro; tratamientos radiológicos; ¡y aún, increíblemente, cirugía ginecológica! ¡Después de toda esta medicina bruja, algunos de estos doctores tienen aún suficiente coraje como para calificar de curanderos a los nutricionistas!

No mencionaré los peligros causados por todos estos tratamientos, ninguno de los cuales funciona, pero permítame ilustrar lo que puede pasarle al paciente cuando el médico usa tratamientos no probados, discutiendo algunos de éstos.

Hace veinte años decenas de miles de víctimas de acné recibieron tratamientos radiológicos en un esfuerzo por eliminar o controlar la enfermedad. De hecho, yo mismo los receté. Hoy en día los resultados de esta conducta peligrosa e irracional se han evidenciado en una virtual epidemia de tumores tiroideos, algunos de éstos malignos, entre los expuestos a la catastrófica irradiación para éstas y otras condiciones.

Aunque se ha abandonado la terapia radiológica para el acné, los pediatras y dermatólogos han substituido otros tratamientos también mayormente ineficaces y con sus propios peligros. A pesar de sus riesgos, se están usando varias preparaciones con tetraciclina. El uso prolongado de antibióticos podrá susceptibilizar el organismo (del niño o mayor) a infecciones graves, porque sus efectos no se limitan a las bacterias perjudiciales. También elimina las bacterias protectoras en el cuerpo, abriendo la vía para infecciones graves que hace 30 — 40 años se veían raramente. Asimismo, cuando se la administra a niños pequeños, la tetraciclina puede hacer amarillear sus dientes y aún invadir sus huesos.

Las víctimas de acné cuyas complexiones quedan con profundas picaduras y cicatrices son alentadas a mejorar su apariencia con una dermoabrasión. Este procedimiento entraña el uso de papel de lija, cepillos de alambre, y otros materiales raspan-tes para remover una capa de piel conteniendo las cicatrices de acné. Nunca se ha establecido la efectividad de este procedimiento. Un estudio informado en 1977 por un investigador del Colegio de Medicina Baylor, de Houston, descubrió que "el

tratamiento para eliminar las picaduras y cicatrices con la dermoabrasión clásica es, en el mejor de los casos, decepcionante, y en el peor, un fracaso y frecuentemente acompañado por secuelas indeseables”.

¿QUE PASA CON EL ACUTANE?

Un novísimo actor en la escena del tratamiento del acné es un derivado de la vitamina A, el ácido cis-retinoico, que se ha vendido por prescripción en los Estados Unidos desde 1982. Lo distribuyen los laboratorios Hoffmann — La Roche, bajo el nombre comercial de Acutane. Se estima que los médicos hicieron 60.000 prescripciones para esta droga durante los primeros dos meses de su salida al mercado.

El Acutane difiere en un aspecto importante con las otras drogas usadas en el tratamiento del acné. *Funciona, pero ninguno, incluyendo su laboratorio y el F.D.A. saben por qué o cómo.* En las pruebas clínicas fue efectivo en un 90 % de los casos. Esa es una buena noticia. La mala noticia es que tiene un conjunto tan aterrador de efectos secundarios que muchos dermatólogos respetables tienen graves reservas para usarlo. Sin embargo, una gran cantidad de ellos lo están recetando con el mismo desenfreno con el cual se prescribieron hace 20 años los tratamientos radiológicos, sin informar plenamente sobre sus consecuencias potenciales.

Los riesgos y efectos colaterales son considerables. El *Boletín de Drogas* del F.D.A. ha señalado que el Acutane causa inflamaciones en los labios en más de un 90 % de los pacientes que lo usan. Hasta un 80 % de los pacientes desarrolló sequedad de piel o de las membranas mucosas, un 40 % tuvo conjuntivitis y casi un 10 % experimentó sarpullidos o pérdida de cabello. A un 5 % se les peló la palma de las manos y las plantas de los pies, tuvo infecciones cutáneas y un aumento de sensibilidad a la quemadura de sol.

Mi corazón sangra por los jóvenes afligidos por el acné y por los padres sensitivos y amantes que deben sufrir las consecuencias emocionales y psicológicas junto a ellos. También puedo comprender por qué la víctima adolescente enfrentaría casi con

placer cualquier riesgo para poder mirarse al espejo y contemplar un rostro inmaculado.

Si el afectado es su hijo y desea usar esta droga, debe Ud. considerar sus consecuencias agregadas a corto y largo plazo. Prácticamente cada día aparecen nuevas consecuencias. Si su adolescente tiene acné, debe Ud. sopesar los riesgos y beneficios del Acutane y decidir si los primeros justifican los beneficios. Pero para poder tomar una decisión, es necesario ser consciente de *todos* los riesgos y no meramente de los más obvios experimentados por la mayor parte de los que la usan. Es dudoso que su médico le ofrezca esta información con todos sus perturbadores detalles, de manera que lo haré yo. Mi propósito no es substituir su propia decisión, sino permitirle formarse un juicio claro sobre el uso de esta droga y decidir si es que Ud. y su chico están preparados para trocar un milagro a corto plazo por un desastre potencial a largo plazo.

La información referente al Acutane revela que no sólo actúa sobre la piel, sino que elevadas concentraciones de este producto químico alcanzan a numerosos tejidos a los cuales el tratamiento no está destinado. Los estudios experimentales indican que después de siete días puede detectarse la presencia de la droga en el hígado, uréter, glándula adrenal, ovarios y glándulas lacrimales. La droga también produce reacciones en la sangre. Un 25 % de los pacientes experimentó una elevación en los triglicéridos plasmáticos, 15 % desarrolló una disminución de lipoproteínas de alta densidad (LAD) y un 7 % indicó un aumento en los niveles de colesterol. Estos tres factores son de gran importancia en el desarrollo de la enfermedad vascular del corazón y vasos sanguíneos. Este efecto secundario es tan preocupante que el fabricante del producto recomienda: *“Debieran efectuarse determinaciones de lípidos sanguíneos antes de usar Acutane y luego en intervalos de una o dos semanas hasta que se haya establecido la respuesta lipídica al Acutane”.*

No sólo esta droga afecta los elementos grasos en el flujo sanguíneo, sino que un 40 % de los pacientes que la utilizó, sufrió otras condiciones sanguíneas anormales que indicaban anomalías, sin identificar precisamente el tipo de problema. Un 13 % desarrolló un elevado conteo de plaquetas, un cambio

que puede producir alteraciones en la coagulación sanguínea. Entre un 10 y 20 % indicó disminuciones en el conteo de glóbulos rojos y glóbulos blancos, presencia de glóbulos blancos en la orina y niveles anormales de enzimas sanguíneas (SGOT). Otros usuarios de Acutane (menos de un 10 %) indicaron proteína en la orina, glóbulos rojos en la orina o una elevación de azúcares sanguíneos.

En pruebas clínicas, cinco pacientes tratados con Acutane durante más de dos años señalaron anomalías esqueléticas. Tres adultos tenían degeneración de la espina dorsal y las radiografías de dos niños señalaron cierre prematuro de las epífisis. Este último descubrimiento es de particular importancia en adolescentes, porque la epífisis es la parte terminal de los huesos largos que normalmente no se cierra hasta que la persona alcanza su pleno crecimiento. El nivel fosfatásico alcalino de la sangre, otro indicador del crecimiento óseo, es anormal en un 14 % de los pacientes tratados con Acutane.

En 72 pacientes humanos que habían tenido exámenes oculares normales antes del tratamiento, cinco desarrollaron opacidades en la córnea (cataratas) mientras usaban Acutane.

De importancia potencial para los adolescentes varones son los resultados en perros mostrando degeneración de los testículos después de un tratamiento con Acutane, y también depresión de la producción espermática. En la actualidad se están realizando estudios evaluando los efectos del Acutane sobre la producción de espermatozoides.

LOS RIESGOS POTENCIALES PARA NIÑOS ADOLESCENTES

Existen también graves posibilidades en niños adolescentes y mujeres que usan Acutane por su propensión a causar deformaciones fetales en las crías de animales experimentales que la reciben. En conejos, el Acutane acusó toxicidad al embrión resultando en un aborto inducido. No se han realizado estudios adecuados de Acutane en mujeres embarazadas, pero es claro que el fabricante teme la posibilidad de que podría tratarse de otra talidomida. La información sobre el envase de la receta advierte:

"Las pacientes embarazadas o que intentan estarlo mientras estén en tratamiento no deben usar Acutane. La mujer capacitada para la maternidad no debiera consumir Acutane a menos que se use una forma eficaz de contracepción, debiendo asimismo ser plenamente aconsejada sobre los riesgos potenciales para el feto en caso de preñez durante el tratamiento. Si ocurriera una preñez durante el tratamiento, el médico y la paciente debieran discutir la conveniencia de continuar o no el embarazo". El laboratorio siente suficiente preocupación sobre una anomalía fetal para exhortar que *"se prosiga la contracepción durante un mes o hasta que haya ocurrido un período menstrual normal luego de discontinuar la terapia con Acutane"*.

Sin duda el Acutane alivia o elimina los síntomas de acné en la mayor parte de sus usuarios, pero el mecanismo que produce este beneficio, y causa la abundancia de efectos secundarios, no es explicado. Por supuesto, debido a que ha sido usado por un tiempo relativamente corto aún no se conocen sus consecuencias a largo plazo. Percibiendo las numerosas amenazas que supone para su hijo, es digno de notar que, en el mejor de los casos, su aprobación para uso humano es dudosa. Si un producto químico con tantas propiedades peligrosas como el Acutane se vendiera como un tratamiento para renovar la cera del piso de la cocina, pondrían una calavera y dos huesos cruzados sobre la etiqueta con una vívida advertencia: *"No tomar por boca"*. Y, sin embargo, hay médicos capaces de recetarlos sin advertencia, o muy poca.

Esto significa una responsabilidad enorme sobre el progenitor que orienta al hijo a decidir si debe o no usar la droga. Un chico con un acné severo tiene un incentivo casi irresistible para descartar de su mente los riesgos del Acutane. Además, el adolescente es más propenso que el adulto para considerar cualquier desastre como algo que sólo le ocurre a los demás y elige el curso de satisfacer sus propios deseos en vez del sentido común. Las tasas para adolescentes de seguros de automóviles y uso de drogas callejeras reflejan estas tendencias. En consecuencia, es probable que un adolescente con el rostro malamente marcado descontará las consecuencias potencialmente adversas de usar Acutane, debido a su impulso por *"sacarse los granos"*. Considere-

rá que los efectos secundarios son algo que otros experimentarán, convenciéndose que *"a mí no me pasará"*. Esto vuelve imperativo que los padres exijan al hijo considerar bien a fondo los riesgos del Acutane, participando con él en la decisión de usar o no la droga.

Mi propia conducta puede ser un tanto influenciada por el remordimiento sobre mi mal aconsejada decisión de hace 30 años al prescribir tratamientos radiológicos para el acné, pero no prescribiré Acutane a mis pacientes. Los riesgos conocidos son razón suficiente, y sólo Dios sabe la magnitud del perjuicio a largo plazo que aún queda por conocerse.

EXPERIMENTOS CON ENFOQUES DIGNOS DE CONFIANZA

El campo del tratamiento del acné es rico en teorías y falto de evidencias de tratamientos, otros que el Acutane, que resulten. Cada médico y experto en salud que trata el acné tiene un catálogo de tratamientos que, según insiste, funcionan. No existe evidencia científica de que cualquiera de éstos lo haga. En consecuencia, mi estrategia a través de los años ha sido emplear solamente los tratamientos con menor posibilidad de dañar al paciente. Así como los más perjudiciales, algunos funcionan y otros no, pero desconozco el motivo, y tampoco lo sabe el resto de la gente. Además, ninguno de estos requiere supervisión médica, de manera que puede Ud. experimentar hasta encontrar el tratamiento más exitoso sin riesgo para su chico y sin costo.

Señalé con anterioridad que no hay evidencia científica sobre la relación dieta — acné, y sin embargo, en muchos casos individuales parecen funcionar los planteamientos nutricionales. El Dr. Jonathan Wright, quien escribe una excelente columna en la revista *Magazine*, ofrece evidencia de una relación dietética que, aunque no científica, es convincente. Hace notar que el acné era desconocido entre los esquimales del norte de Canadá hasta que se desplazaron de una dieta *"primitiva"* a otra *"civilizada"*. En ese punto, la incidencia de acné entre estos esquimales alcanzaba a casi un 100 %. El Dr. Wright es sólo uno de tantos facultativos de renombre creyendo que en el

presente bajo nivel de conocimiento médico, un planteo nutricional es la única forma adecuada de tratar la enfermedad. (*)

Dice el Dr. Wright: *"Encontré sólo unos pocos casos de acné (y aún muy malos) que se resistieran a un tratamiento involucrendo una mejora dietética, evitando los alérgenos alimentarios y agregando elementos como zinc, ácidos grasos esenciales, vitaminas del complejo B y vitamina A. Aún en muchos de los casos resistentes, la asimilación nutricional es de gran importancia. De hecho, en estos últimos cuatro o cinco años son pocos los tratados dietéticamente, cuyo acné no se debilitara o que no desapareciera totalmente"*.

Aconsejo a mis pacientes con acné que presten particular atención a lo que comen, no sólo para identificar a través de dietas eliminatorias los alimentos que pueden agravar la condición, sino para encontrar una dieta que la mejore. No se moleste en mencionarle a su médico el tema dieta, porque nada sabe sobre alimentos y, en consecuencia, tampoco considera su influencia. Sus creencias descansan en una mejor vida a través de la química y probablemente recetará tetraciclina, hidrocortisona, o Acutane. En vez de ver al doctor, lea Ud. algunos buenos libros sobre nutrición y pruebe los procedimientos que recomiendan. Busque los libros de Adele Davis, Carlton Fredericks, Michio Kushi, Paavo Airola, Dale Alexander y Rudolph Ballentine.

Pruebe las dietas que evitan el azúcar refinada, harina blanca y todos los alimentos procesados conteniendo aditivos o conservadores químicos de cualquier tipo. Vigile cuidadosamente la dieta de su hijo para determinar si sus erupciones de acné coinciden con la ingestión de algún alimento en particular. Observe un buen aseo, pero evite frotar excesivamente las áreas afectadas, porque puede causar más mal que bien. Si se siente obligado a usar alguna forma de medicación tópica vea al farmacéutico y no al médico. Es probable que las medicaciones vendidas en la farmacia no sean muy útiles, pero son relativamente seguras comparadas con las medicaciones que pueda usar un dermatólogo o un médico.

(*) Nota Trad.: La macrobiótica lo ha demostrado una y otra vez.

OTRAS CONDICIONES DE LA PIEL

He dedicado suma atención al acné porque es indudablemente la más perturbadora enfermedad infantil de la piel, pero ocurren una cantidad de otras molestias cutáneas comunes que pudieran preocuparle un día. Entre éstas, una de las más inocuas es el sarpullido de calor, sin consecuencias médicas pero que trastorna a los padres por razones cosméticas. Puede ser de aspecto tan desagradable como para que las madres corran hacia el pediatra para volver a tener bebés hermosos.

El sarpullido de calor no es una condición que requiera los servicios de un doctor; de hecho, cuanto menos atención médica reciba, mejor. Esto generalmente es producto de vestir demás al niño debido a la preocupación paterna de "*mantenerlo abrigado*". Los bebés no deben abrigarse más que los adultos y no sufrirán malos efectos a temperatura ambiente normal si sólo llevan un pañal y nada más.

Si el bebé sufre un sarpullido de calor, vístalo ligeramente, o déjelo desnudo, para que su piel tenga un máximo de exposición al aire. Aplique una loción de calamina para calmar la comezón. Use la loción de calamina corriente y no Caladril, que contiene un antihistamínico agregado. Es posible que el bebé sea alérgico al antihistamínico y que sufra una variedad de efectos secundarios, incluyendo la posibilidad de un sarpullido de piel agregado al que ya tiene. No tiene sentido someterlo a esa posibilidad porque no hay pruebas de que el antihistamínico alivie el sarpullido con tanta eficacia como la loción corriente.

Otra enfermedad común de la piel que usualmente aparece en bebés y en niños muy pequeños es el eczema. Se manifiesta como un sarpullido rugoso, irregular y rojo; la piel se pone gruesa y escamosa, y si se la rasca, mana un suero que forma una costra desagradable. El punto de vista médico convencional es que es hereditario, pero desconozco cualquier prueba científica para este aserto, si es que es correcto. Considero que es una alergia heredada y no una tendencia a eczema.

Mi propia experiencia en tratar eczemas ha demostrado que la condición es de origen alérgico y que es usual que se aclare sin tratamiento si puede identificarse el alérgeno o alérgenos que lo

están causando. En la mayor parte de los casos el culpable puede ser la leche de vaca o los alimentos de fórmula basados en leche de soja, pero también pueden responsabilizarse otros alimentos y aún otras fuentes de alergia.

En vez de usar ungüentos u otra medicación, cuando su chico desarrolle un eczema, experimente con dietas eliminatorias para tratar de identificar el alérgeno alimentario que causa el problema. Comience descartando la leche de vaca y el alimento de fórmula, y si desaparece el eczema, elimínelos permanentemente de la dieta. Hasta los bebés pueden sobrevivir primariamente con fórmulas basadas en carne. Si no lo está amamantando, descubrirá dietas que satisfarán todas las necesidades nutricionales del bebé, dietas sin leche o fórmula infantil. En cualquier librería especializada se venden libros sobre el tema.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO CON HORMONA ESTEROIDE

Si se lleva al chico al doctor porque tiene eczema, es posible que le de una receta para un tópico de hormona esteroide, Kenalog, o con otro esteroide como la Prednisona. En casos complejos y cuando falla todo lo demás, no me opongo al uso de Kenalog sobre áreas pequeñas y por un tiempo limitado — unos pocos días cuanto más. Pero una utilización extensa y repetida sobre áreas grandes de la piel puede ser peligrosa porque las hormonas esteroides en el Kenalog son absorbidas directamente por el cuerpo a través de la piel.

Recuerde que tanto el Kenalog como la Prednisona fueron desarrollados para tratar condiciones amenazantes para la vida, en las cuales los beneficios pesaban plausiblemente más que los graves efectos secundarios. De hecho, las indicaciones del laboratorio que los produce aclara que su uso debe restringirse a "*condiciones que amenazan gravemente la vida*". La utilización de esas drogas para tratar eczemas, acné y hasta la quemadura de sol es otro ejemplo de la perniciosa tendencia de la medicina norteamericana de poner en práctica medidas extremas y peligrosas en el tratamiento de condiciones relativamente inocuas.

El impétigo es otra condición cutánea de la infancia de

aspecto desagradable y molesta para chicos y mayores — tanto más porque es de origen bacteriano y contagioso. Comienza con un grano que se quiebra y se difunde, formando costras marrones o amarillentas. Usualmente los granos aparecen sobre el rostro, por lo cual su presencia es aún más molesta. Hace años los médicos trataban el impétigo con violeta de genciana o permanganato de potasio. Nada hacía para curar el impétigo, pero cubría la infección tiñéndola color púrpura, quedando la piel tan fea como con costras. Hoy los médicos son propensos a usar antibióticos, como la eritromicina y la tetraciclina, con tópicos o sistemáticamente. Tampoco hay evidencia de que son efectivos, pero sí potencialmente peligrosos para su hijo por razones que explicaré en otra parte de este libro.

El impétigo no necesita tratamiento médico. Observe un aseo escrupuloso, para asegurarse que el chico no lo difunda a otros miembros de la familia, elimine el azúcar refinada de la dieta y espere hasta que la condición se cure sola.

Las urticarias son otras condiciones de la piel, generalmente causadas por alergias, que producen una picazón muy molesta. Aparecen en forma de ronchas, a menudo por todo el cuerpo, que pueden ser blancas en el centro porque la hinchazón exprime la sangre fuera de la roncha. Este problema no requiere atención médica; se puede aliviar la picazón aplicando loción de calamina sobre las ronchas o dándole al chico un baño con almidón de maíz. Aunque este último es un remedio folclórico y no un procedimiento médico aceptado, parece funcionar, aunque desconozco la razón. Luego trate Ud. de identificar la alergia que causa el problema, lo que puede hacer más efectivamente que el médico. Los alérgenos sospechosos incluyen medicaciones, alimentos, ropa, perfume y cosméticos, jabón, aditivos químicos alimentarios y picaduras de insectos. Si se lleva el niño al doctor para esta molestia, podrá recetarle cortisona o antihistamínicos, ambos innecesarios y potencialmente peligrosos.

Las infecciones fungales, tales como la tiña y el pie de atleta, pueden aparecer en niños y adultos. La tiña se manifiesta en forma de parches circulares de piel rugosa usualmente del tamaño de una moneda pequeña. Cuando se localizan en el cuero cabelludo podrá desprenderse el cabello a su alrededor.

Muchos médicos tratan esta condición con antibióticos y agentes antifungales como la griseofulvina. Esto es una mejora comparando con los tiempos en que se la trataba con rayos X que producían cáncer tiroideo, pero aún constituye una forma de destrucción médica. Mi consejo: manténgase lejos del médico, observe un aseo escrupuloso y permita que la condición mejore por sí sola. Esto también se aplica al pie de atleta, pero los casos pertinaces de esta infección fungal pueden también tratarse con fármacos como el Desenex.

Debido a que son usualmente tan activos y pasan tanto tiempo a la intemperie, los niños son más propensos que los adultos a ser expuestos a plantas venenosas y picaduras de insectos. En la mayor parte de los niños no causan problemas graves, pero en unos pocos la reacción alérgica puede ser severa y hasta potencialmente fatal.

Si su hijo se expuso al zumaque venenoso (poison ivy) o zumaque de roble, aparecerán racimos de pequeñas ampollas en las áreas de la piel en contacto con el veneno resultando en una dolorosa sensación urticante. Puede tratarse con loción de calamina y con frecuentes duchas o baños de almidón de maíz, en las cuales se agrega una taza o dos de dicho almidón a la bañera. Si el área expuesta es muy extensa y la reacción del niño severa, consulte al doctor. Probablemente tratará la condición con cortisona sistémica o en forma de tópicos o, si la reacción es peligrosamente severa, lo hospitalizará para darle fluidos intravenosos. Este es un tratamiento aceptable si la condición amenaza la vida, pero la cortisona no debiera usarse para casos benignos de envenenamiento, debido a los efectos secundarios en potencia y las consecuencias a largo plazo.

Las picaduras y mordeduras de abeja, avispa, mosquitos y otros insectos producen una reacción relativamente benigna, aunque dolorosa en la mayor parte de los casos. Sin embargo, si el niño es excepcionalmente alérgico a las picaduras de este tipo pueden — aunque raramente — producir la muerte. El tratamiento usual es lavar el área afectada con jabón y agua, aplicar la loción de calamina, y usar compresas frías para reducir la hinchazón. Si la púa está visible, debe sacársela con una pinza de depilar.

Si su niño tiene una reacción severa a las picaduras de insecto, tales como dificultad para respirar o un estado de shock, vea al médico. Asimismo, trate de limitar su riesgo manteniéndolo alejado de las áreas en las cuales tiene mayor probabilidad de ser picado por insectos. He tenido pacientes cuya reacción a estas picaduras era tan severa que produjo un shock generalizado. En esos casos a estos adolescentes les di un estuche con una jeringa y adrenalina para que lo llevaran cuando necesitaban penetrar en zonas de alto riesgo, para usar y evitar el shock si eran picados. Su médico puede hacer lo mismo para Ud. Si los niños son más pequeños, les doy el estuche a los padres.

Las verrugas son quizá las más mistificadoras — o aún místicas — entre las condiciones desfigurantes de la piel. Muchos creen que son causadas por tocar sapos (es imposible) y abundan los cuentos de viejas respecto a métodos sobrenaturales para removerlas. Lo místico es el hecho de que casi cualquier tipo de tratamiento sobrenatural que la víctima realmente cree, a menudo parece funcionar. Podrá ser pura coincidencia, porque las verrugas usualmente desaparecen por sí solas, sin tratamiento y con el tiempo. Sin embargo, las coincidencias ocurren tan frecuentemente que uno debe preguntarse si es verdad que el poder de la sugestión pueda ser, realmente, una cura.

Las verrugas pueden removerse quirúrgicamente, químicamente y con electrolisis, pero ningún tratamiento es necesario, salvo por razones cosméticas. Son causadas por virus y por lo general dejan de crecer y desaparecen si se les da tiempo. Si son intolerablemente antiestéticas, vea un dermatólogo.

LA REALIDAD SOBRE LA QUEMADURA DE SOL

Finalmente, una palabra sobre la solanera, que en una nación de adoradores del sol es probablemente la aflicción más común de todas. En cualquier día agradable de verano pueden encontrarse millones de personas descansando en la playa o junto a piscinas, incluyendo una buena proporción que nunca se arrija al agua. Su cometido es lograr un bronceado *saludable* que, según creen, los vuelve más atractivos. Sin embargo, la cosa no es tan saludable y a la larga, los volverá nada atractivos.

Derivadas de un exceso de exposición a los rayos solares hay tres consecuencias negativas que debieran hacernos reflexionar sobre permitir que los niños pasen el verano tostándose al sol. La primera es una consecuencia a corto plazo — una dolorosa quemazón — y las otras dos son a largo plazo. Una es el efecto de secar, arrugar, endurecer y rajar la piel por una exposición excesiva a la luz solar que eventualmente hará envejecer la piel antes de tiempo. El otro es la posibilidad de un exceso de radiación, que con el tiempo es acumulativo, aumentando la posibilidad de cáncer de piel.

La luz del sol contiene dos tipos de rayos ultravioletas. Uno es conocido como UVA, que produce el bronceado, y el otro UVB causando una quemadura al descomponer el colágeno y fibras elásticas de la dermis, o sea la capa subyacente de piel. Al comienzo, el único efecto de este último es una quemadura dolorosa, pero últimamente muchas personas sufren por efectos de envejecimiento prematuro y algunos contraen cáncer de piel.

Una quemadura de sol aguda ocurre usualmente durante los primeros dos días de vacaciones cuando no se ha limitado la exposición a una base diaria. Para arruinar unas vacaciones en la playa, el mejor método es permitir que los chicos pasen varias horas al sol desde el primer día, jugando en la playa o la piscina. Las horas más peligrosas son entre las 10 y las 14 hs. y los días extremadamente calurosos son los de mayor riesgo porque los efectos de los rayos ultravioletas aumentan con el calor. El niño podrá quemarse más fuertemente navegando en un bote, debido a los rayos reflejados. Los aceites bronceadores que no contienen un producto para filtrar los rayos ultravioletas no prevenirán una quemadura de sol y podrá hasta provocarla debido a que el aceite magnifica los rayos de sol. Finalmente, no piense que su chico anda seguro si el día es nublado, porque las nubes no encubren totalmente los rayos ultravioletas, aunque puedan filtrarlos un tanto.

Hay dos maneras de prevenir los efectos dañinos de los rayos de sol. El primero, obviamente, es quedarse a la sombra o limitar las exposiciones a los períodos del año y horas del día cuando el sol brilla con menor intensidad. El segundo es proteger la piel del niño con un aceite bronceador adecuado y que se

adapta a la sensibilidad de su piel.

Ya que los efectos de la radiación solar son acumulativos, como lo son los rayos X, el riesgo de cáncer aumenta con cada exposición al sol. Pero según mi criterio, el riesgo de que su niño desarrolle cáncer por exposición a la luz solar es mucho menor que con radiologías, porque la luz del sol sólo daña la superficie, y no penetra tan profundamente en el cuerpo como lo hacen los rayos X. Típicamente, los médicos tienden a exagerar el peligro de cáncer por los rayos solares, para lo cual pueden culpar al paciente y a minimizar el efecto de las radiologías, en cuyo caso deben culparse ellos mismos. Sea como sea, sin embargo, existe riesgo por ambas causas. El vínculo entre el cáncer de piel y la exposición a la luz solar ha sido ampliamente demostrado observando en los lugares del cuerpo donde ocurren la mayor parte de los cánceres de piel. Más de un 90 % se encuentran en las áreas del cuerpo como el rostro, orejas, dorso de la mano, y parte trasera del cuello. La gente que pasa mucho tiempo manejando automóviles y camiones son los más aptos para tener cáncer de piel sobre el lado izquierdo del rostro, el más expuesto al sol. Finalmente, si en su familia hay una historia de cáncer de piel, su riesgo es mayor.

¿Cuán grande es el riesgo de que su chico pueda últimamente tener cáncer de piel si pasa demasiado tiempo al sol? No tanto como para que pierda Ud. el sueño. Como las lesiones son visibles, el cáncer de piel se detecta fácilmente con una simple biopsia. Una enorme mayoría de cánceres de piel son fácilmente curables una vez detectados. Los casos de melanoma, que pueden ser peligrosos porque se difunden a otras partes del cuerpo, son relativamente raros. Comprendieron sólo un 2 % de todos los cánceres de piel en los Estados Unidos en 1982. Con certeza no desea Ud. que su niño tenga cáncer de piel en su vida futura, ipero la posibilidad de que pueda estar gravemente amenazado por la luz solar es algo que no debiera inquietarle demasiado.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA LOS PROBLEMAS DE PIEL

Ninguna de las molestias comunes de piel experimentadas por los niños requieren tratamiento médico. Hay excepciones en casos de niños con alergias a plantas venenosas y picaduras de insectos que pueden producir shocks graves y a veces fatales. En tal caso, deben recibir inmediatamente atención médica. Con esta excepción, los siguientes problemas comunes de piel pueden ser tratados en casa sin peligro:

1. *Sarpullido de pañal* : Observe un aseo escrupuloso. Cambie inmediatamente los pañales cuando están manchados o mojados, espolvoree la piel con almidón común de maíz y exponga la piel al aire en todo lo posible. En casos pertinaces aplique un ungüento de óxido de zinc.
2. *Sarpullido de calor* : Vista al bebé en forma suelta y ligeramente o si es posible, déjelo desnudo. Aplique loción de calamina o báñelo en una bañera conteniendo una o dos tazas de almidón común de maíz.
3. *Eczema* : Observe un aseo escrupuloso, evite medicaciones y trate de identificar una causa alimentaria. La condición se rectificará por sí sola.
4. *Impétigo* : Observe un aseo escrupuloso. Cuide que la infección no se difunda a otros miembros de la familia. Elimine el azúcar de la dieta y aguarde que la condición se cure por sí sola.
5. *Urticaria* : Alivie la picazón con loción de calamina o baños con almidón de maíz y trate de identificar una alergia relacionada a la dieta u otra alergia que pueda causar la condición.
6. *Picaduras de insectos* : Remueva el aguijón si es visible, y trate el lugar con loción de calamina para aliviar la picazón. Si su niño es severamente alérgico a las picaduras de insectos, solicite atención médica pues hay peligro de un shock que puede amenazar la vida. Si el chico nunca ha

sido picado, observe cuidadosamente su reacción para determinar si tiene alguna alergia grave a las picaduras de insecto.

7. *Zumaque venenoso* : Lave el área afectada con jabón y agua. Alivie la picazón con loción de calamina o baños con almidón de maíz. Si es la primera exposición del niño a plantas venenosas, observe su reacción y si es severa, vea un médico inmediatamente.
8. *Acné* : Pase estrecha revista a la historia de esta aflicción en su niño para determinar si existe una relación causa / efecto entre erupciones de acné y alergias alimentarias o cualquier causa similar. Experimente eliminando ciertos alimentos de la dieta para determinar si el acné es causado por alergias alimentarias. Mantenga limpias las lesiones para minimizar infecciones secundarias, usando jabones suaves no perfumados. Evite frotar la piel en exceso y no pinche los granos. A menos que desee arriesgar el uso de Acutane, manténgase lejos de los médicos, porque saben tanto como Ud. sobre el acné y pueden recetar medicaciones riesgosas, inefectivas y costosas.

Capítulo XV

VERGONZOSOS

SECRETOS ORTOPEDICOS

Al igual que su preocupación por el desarrollo intelectual y comportamiento del hijo, sin duda también es Ud. susceptible a todos los aspectos de su apariencia y desarrollo físico. Observará Ud. con sutil interés a qué edad el bebé se da vuelta por primera vez, se para en su cuna, reptar y camina. Si en vez despliega cualquier característica física inesperada o se atrasa en algún tipo de movimiento, podrá Ud. preocuparse porque algo ande mal.

No se equivoque estableciendo comparaciones con otros chicos. Si el hijo de su vecina camina a temprana edad y el suyo no, esto no significa que el bebé de su vecina sea más capaz o físicamente superior al suyo. El espacio de edad durante el cual ocurren estos fenómenos de desarrollo es bastante amplio, y raramente las variaciones se relacionan con capacidades intelectuales o físicas innatas.

Tales comparaciones son igualmente innecesarias aplicadas a la estructura fisiológica del chico. Las madres primíparas, en particular, son propensas a ser casi clínicas en la atención que prestan al aspecto físico del bebé. Vienen a verme expresando su preocupación porque el bebé tiene pie plano, piernas arqueadas o pies torcidos hacia adentro, temiendo que una o más de estas condiciones pueda ser "anormal" y necesite corrección.

Estas anomalías presumidas son como caídas del cielo para el pediatra o especialista ortopédico agresivo. Muchos médicos intervienen ansiosamente enyesando, entablillando, colocando corazas, calzado correctivo y hasta cirugía para "corregir" condiciones que con el tiempo se corregirían solas. Si su hijo es una víctima potencial de esta agresividad médica, protéjalo, porque raramente es necesaria y puede ser psicológicamente traumática para el niño que se supone necesita este tipo de intervención.

¡Que su chico tenga las piernas arqueadas a la edad de un año no significa que se parecerá al cow-boy de una vieja película cuando crezca!

Algunos de los temores que sienten los padres por el desarrollo del hijo nacen de los mitos transmitidos durante generaciones en sus familias. Por ejemplo, existe la creencia común de que un chico pueda desarrollar piernas arqueadas si se lo hace caminar demasiado pronto. No hay evidencia científica que lo confirme. Por el contrario, ese estímulo probablemente le ayudará a obtener un sentido de equilibrio a una edad temprana. También es falsa la creencia popular de que se arquearán las piernas del niño por usar pañales abultados. ¡No lo harán, pero quizá protegerán al bebé contra tener un accidente sobre su regazo!

Al nacer, virtualmente todos los bebés tienen piernas arqueadas y pies torcidos hacia adentro debido a la posición fetal que asumieron durante muchos meses antes de nacer. También la capa de grasa que por lo común tienen sobre el arco del pie les da la apariencia de tener pie plano. Si los padres no están familiarizados con la progresión normal en el desarrollo de las extremidades inferiores, no es sorprendente que esas aparentes anomalías les preocupen.

DESARROLLO DE LAS PIERNAS

Luego que el bebé escapa del confinamiento del útero materno, sus piernas pasan a través de cuatro etapas de desarrollo. Hasta la edad de un año y medio hay un predominio de piernas arqueadas que comenzarán a enderezarse a medida que se

desarrollan los músculos de las piernas caminando o con otras actividades físicas. Entre el año y medio y dos años es usual que ocurra un cambio de piernas arqueadas a *piernas de panadero* (rodillas hacia adentro) y esta última apariencia persiste entre los 2 y 12 años. Luego, en la adolescencia, ocurre un efecto equilibrante y las piernas tienden a enderezarse.

Obviamente, dado este desarrollo progresivo, los médicos tienen oportunidades para intervenir en cualquier etapa para tratar condiciones que se corregirán solas si simplemente se deja tranquilo al niño. El médico tiene una ventaja adicional sobre los padres debido a las enormes variaciones entre el desarrollo de uno y otro chico. El desarrollo de las extremidades inferiores corresponde a lo que un esclarecido especialista llamó *la frontera ortopédica*. No existe una definición adecuada entre condiciones normales y anormales, como tampoco hay definición legítima *normal* para la nariz o las orejas del niño.

A menos que su médico pueda identificar una anomalía fisiológica específica, y probar para la satisfacción de Ud. que requiere tratamiento, nunca deberían implementarse medidas correctivas en caso de piernas arqueadas hacia adentro o hacia afuera hasta que el niño pase a la adolescencia. En virtualmente todos los casos la condición se habrá corregido con anterioridad.

Si las *piernas de panadero* persisten en la adolescencia, la probabilidad más aceptable es que no se han enderezado naturalmente porque el niño está pasado de peso. En ese caso, el chico no necesita la ayuda de un ortopédico, sino la de un dietista — papel que las madres están equipadas para asumir. Las excepciones son casos raros de pie deforme, enfermedad neurogénica o de osteogénesis imperfecta, todos los cuales presentan síntomas específicos que van más allá de las variaciones presumidas de la norma.

EL CALZADO NO ES IMPORTANTE

La atención que muchos padres dedican al desarrollo de los pies de sus hijos es evidente cuando vemos a un bebé de dos meses en su cuna calzando un par de zapatos de grande. ¡El

chico no va a ningún lado sin ayuda y a pesar de eso lo han equipado con costosos zapatos como para correr una milla en cuatro minutos! En esto hay un elemento de vanidad, por supuesto, porque los zapatos de bebés son preciosos. Por eso, muchos de éstos terminan puestos en un marco. Pero parece que parte de los padres creen que sus hijos tendrán problemas futuros con sus pies si desde su nacimiento no les proveen con *zapatos adecuados*. No es necesario decir que los zapateros no hacen nada para desalentar esta convicción. La industria del calzado se beneficia por el hecho de que una parte desproporcionada de los 600 millones de zapatos vendidos cada año en los Estados Unidos se calzan en niños y que más de un millón son zapatos correctivos, caros e innecesarios.

Los zapatos, caros o no, son innecesarios para un desarrollo adecuado del pie. El aborigen que va descalzo tiene mejores pies que el millonario calzado por Gucci. Fuera de su aspecto, el único propósito para el cual sirve el zapato es proteger los pies contra lesiones o los elementos. En consecuencia, es innecesario y un derroche invertir en calzados caros para sus chicos por cualquier razón que no sea la apariencia. Un par de alpargatas baratas servirán tanto o mejor el propósito. Los botincitos caros no ayudarán a un desarrollo adecuado de los pies, como tampoco unas alpargatas o zapatillas baratas causarán pie plano, arcos vencidos o pie de atleta, como tantos padres parecen creer.

Un estudio de 104 niños pequeños normales traídos a una clínica descubrió que un 87 % llevaba botines, un 74 % de suela dura y un 50 % de éstos con soportes especiales para el empeine. 73 de los niños llevaban zapatos antes de caminar y 35 antes de poder pararse. Ninguno de ellos derivó algún beneficio físico especial por llevar calzado. De hecho, los botines y zapatos de suela dura pueden haber atrasado el fortalecimiento de los tobillos y restringido su capacidad para aprender a caminar adecuadamente.

En la mayor parte de los casos, los calzados correctivos son aún más insólitos. No hay evidencia de que estos costosos calzados corrijan cualquier variación de lo normal, hasta el punto de lo que pueda definirse como *normal*. Excepto en casos de pie deforme o de otras verdaderas deformaciones, los zapatos

correctivos no ofrecen los beneficios que justifican su costo. Mientras tanto, el chico que lleva calzado obviamente correctivo que sugiere una deformación, puede sufrir como resultado un daño emocional. Y esto incluye también las corazas y yesos correctivos.

Aunque las piernas arqueadas hacia adentro o afuera y los pies torcidos hacia adentro son las condiciones ortopédicas más comúnmente tratadas en niños, hay otras groseramente sobretratadas y a menudo sobrediagnosticadas. Una de estas es la displasia congénita de cadera que ocurre en la infancia cuando el fémur no está correctamente ligado a la pelvis. Más a menudo puede ocurrir una displasia de cadera genuina durante un difícil parto revesado y el fémur se disloca fuera de la cavidad pélvica. La condición debe ser corregida inmediatamente por el obstétrico, que toma el recién nacido por los tobillos de forma que la articulación dislocada retorne a normal.

En la mayor parte de los casos es el fin del problema, si lo hubo. La displasia congénita de cadera persistente es bastante rara, aunque se la diagnostica con frecuencia. Los estudios indican que probablemente sólo ocurre en uno de cada mil niños y más posiblemente uno en dos mil. Se detecta la condición colocando el niño de espalda con sus rodillas levantadas y con las suelas de los pies sobre la mesa examinadora. Si al presionar las rodillas hacia afuera una o ambas resisten, puede haber displasia. Esto usualmente se corrige colocando una almohada o un pañal extra como forma de entablillado entre sus piernas. Pero el pediatra agresivo podrá resistirse a este simple tratamiento. Muchos tienden a seguir el problema con muchas radiologías repetidas — exponiendo el niño a una radiación imprudente — y a utilizar tablillas y yesos para corregir el problema. Cuídese de estos médicos, porque por lo general este tratamiento es innecesario, y los yesos pueden producir atrofia muscular, desórdenes circulatorios y problemas emocionales.

SOBREDIAGNOSTICO DE LA ESCOLIOSIS

El diagnóstico de la escoliosis es otra moda pediátrica muy común. Esta condición, más corriente en niñas que en varones,

es una curvatura lateral de la columna vertebral. Puede detectarse visualmente inspeccionando la postura desde atrás, determinando:

- * Si un hombro es más alto que el otro o si un omóplato sobresale más que el otro;
- * Si la inclinación de la cintura es anormal, con una mayor depresión sobre un lado;
- * Si las caderas están inclinadas, una más prominente que la otra;
- * Si ocurre una curva obvia de la espina dorsal;
- * Si un lado de la espalda o un hombro se eleva anormalmente cuando el niño se agacha.

En mis primeros años de práctica pediátrica la escoliosis se diagnosticaba raramente y aún más raramente se la trataba durante los años de la infancia. Hoy esta enfermedad se está volviendo rápidamente epidémica porque los médicos ordenan radiologías de rutina y debido a que en algunos Estados de Norteamérica se practican masivamente exámenes radiológicos. Los médicos están diagnosticando casos que nunca se hubiesen detectado durante un examen físico ordinario y muchas veces tratan condiciones benignas para las cuales no se requieren tratamientos.

No deseo minimizar la importancia de tratar la escoliosis en casos severos, porque en esas circunstancias podrán producirse deformidades en la vida futura. Sin embargo, estoy convencido de que el tratamiento innecesario de casos benignos de escoliosis es probablemente una mayor amenaza para el niño que dejar de tratar casos graves.

Si a su hijo se le diagnostica una escoliosis, no lo someta a tratamiento sin antes asegurarse de que éste se justifica según el grado de curvatura que presente. No acepte cualquier forma de tratamiento sin estudiar alternativas. En algunos casos podrá ser necesario usar una *coraza de Milwaukee*, un incómodo aparato de metal que va desde el mentón hasta las caderas y rodea el cuerpo, estirando y estabilizando la columna. Yo no le pondría este artefacto a un niño hasta haber explorado medidas menos

drásticas. Estas incluyen *biofeedback* electrónico, terapia muscular profunda, terapia de danza, fisioterapia y otras alternativas menos radicales. A mi juicio debería considerarse una operación sólo como último recurso, para emplear cuando han fallado todos los demás métodos. Si su médico le recomienda cirugía, solicite una segunda opinión.

Mi consejo sobre el tratamiento de la escoliosis se analoga a los que doy con respecto a cualquier otra enfermedad en la cual los parámetros entre normalidad y anormalidad son relativamente indefinidos. Muchos no lo hacen, pero considero que los médicos debieran observar el principio de "*menos es mejor*". Si su médico recomienda algún tratamiento draconiano no lo tome a su valor nominal. Explore en todo lo posible las consecuencias del tratamiento y las alternativas disponibles exigiendo que el médico defienda el tratamiento que propone emplear. Luego, si Ud. aún duda, quizá valga la pena el esfuerzo y gasto de solicitar una segunda opinión.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA LOS PROBLEMAS ORTOPEDICOS

Tenemos pocas definiciones adecuadas sobre las características de lo que es "normal" y "anormal" en las conformaciones físicas de un niño. Muchas supuestas deformidades de la primera infancia: piernas arqueadas (hacia adentro o afuera) son meramente etapas de un desarrollo físico normal. Raramente requieren atención médica y casi nunca un tratamiento de cualquier tipo. Ud. evitará muchos tratamientos médicos y gastos innecesarios si recuerda lo siguiente:

1. El bebé siempre parece tener pie plano porque hay una almohadilla de grasa bajo el empeine. Aún si los pies son realmente planos, esta es una característica heredada que no requiere tratamiento ni justifica el uso de calzado correctivo. En realidad los bebés con pie plano parecen tener menos problemas que los que tienen empeines pronunciados.
2. Virtualmente todos los bebés nacen con las piernas arqueadas, que se enderezan naturalmente a medida que se desarrollan los músculos de las piernas. A los dos años, la mayor parte de los niños tiene las piernas arqueadas hacia adentro y esta condición siempre se corrige al llegar a la adolescencia. Estas condiciones no requieren tratamiento a menos que persistan durante la adolescencia.
3. La displasia congénita de cadera es extremadamente rara y pocas veces precisa tratamientos radicales como corazas o cirugía. A menudo se exagera el tratamiento de casos benignos. No permita que su pediatra emplee medidas extremas sin antes asegurarse de que sean necesarias, y en la mayor parte de los casos bastará colocar entre las piernas una almohada o un pañal extra.
4. La escoliosis no es grave a menos que la curvatura de la columna sea severa, pero se la trata exageradamente tan a menudo como se la sobrediagnostica. Si su niño recibe una diagnosis de escoliosis no acepte que le practiquen procedimientos quirúrgicos, o que le coloquen una coraza sin antes explorar alternativas de tratamientos menos radicales.

Capítulo XVI

ACCIDENTES:

LUCIMIENTO DE LA MEDICINA

Siempre me ha parecido paradójico que tantos padres se preocuparan indebidamente por enfermedades comunes e inocuas y que, sin embargo, presten tan poca atención a los accidentes, porque mueren más niños en éstos que por todas las enfermedades principales combinadas. Más de 8000 niños de menos de 15 años morirán accidentalmente este año en los Estados Unidos. Muchos de estos percances podrían prevenirse, evitando muchas fatalidades si se tomaran prontas medidas después de cada accidente.

Al final de este capítulo, el lector encontrará una lista de orientaciones que podrían ayudarle a evitar que su hijo muera o se lesione en un accidente. Dentro del capítulo, ofrezco consejos específicos sobre cómo brindar primeros auxilios en estos casos.

Gran parte de las lesiones menores no precisan atención médica, pero debe recurrirse enseguida a la sala de primeros auxilios de un hospital si la lesión del chico es grave. ¿Cómo conocer la diferencia? La regla más importante cuando se lesiona un chico es evitar el pánico. Eso podrá no ser siempre fácil, porque un corte pequeño en ciertas partes del cuerpo puede sangrar profusamente y no es necesario que se vierta

mucha sangre para que los padres se mueran de miedo.

Sin embargo, no se debe perder la calma, porque su reacción al trauma del niño requerirá el ejercicio de un juicio inmediato y apropiado. Deberá decidir si la lesión es suficientemente grave como para llevarlo inmediatamente a la sala de primeros auxilios o, en vez, llamar al doctor, o quizá pedir una ambulancia o llevarlo en coche al hospital. Aún en casos que son obviamente tan graves como para internar el chico, necesita Ud. decidir qué medidas urgentes y vitales adoptar, mientras aguarda la ambulancia o antes de llevarlo en el coche.

En las páginas siguientes trataré de ofrecer algunas orientaciones que ayudarán a determinar el grado de gravedad de las lesiones, y los tratamientos que deben aplicarse si no es necesario recurrir al médico. Como con todos los demás consejos en este libro, es mejor exagerar los recaudos cuando existe la duda.

Recomiendo recurrir a la sala de primeros auxilios en caso de lesiones graves, no solamente para obtener un tratamiento rápido, sino porque considero que en esto es donde la medicina moderna se destaca. En su mayor parte, los médicos que atienden las salas de primeros auxilios están mejor entrenados y son más diestros y más experimentados que los demás médicos, y además están acostumbrados a reaccionar rápidamente ante situaciones de emergencia. Habiendo problemas graves no hay mejor lugar para llevar a su chico.

CORTES Y GOLPES

Todo padre sabe que cortarse los dedos y pelarse las rodillas son fenómenos comunes para los niños, pero estoy convencido que no todos saben qué hacer en estas circunstancias. Uno de los errores más comunes es considerar la necesidad de usar antisépticos y hasta antibióticos para "*prevenir infecciones*" cada vez que el niño se corta la piel. En consecuencia, cuando el chico se corta un dedo o se raspa la rodilla, los padres tienden a precipitarse a su botiquín para aplicar algunos de los remedios señalados para tales casos. Esta es una reacción inconsulta, porque tales remedios no son necesarios y pueden atentar contra la herida y desmejorarla.

La mayoría de los antisépticos comprados en la farmacia — yodo, mercurocromo, agua oxigenada y ungüentos diversos — pueden irritar el tejido corporal sin producir efectos significativos en los gérmenes. Si se le da la oportunidad, el cuerpo tiene sus propios sistemas contra las infecciones y funciona muy eficazmente.

¿Qué debemos hacer cuando el niño se corta o se lastima ligeramente? Muy poco. Lavar suavemente la herida con agua de la canilla para remover toda suciedad. Cubrirla con un vendaje limpio si es necesario para detener la hemorragia, pero de otra manera dejarla expuesta al aire. Ningún otro tratamiento para estos tipos de cortes o raspaduras.

Por supuesto es necesario ver al doctor si la herida sangra sin control o es tan profunda que necesite unas puntadas para facilitar la cura o por razones estéticas. En ese caso lo mejor es dirigirse a la sala de primeros auxilios del hospital más próximo.

Los casos de hemorragias graves constituyen un tipo de emergencia que necesita una atención urgente antes de ver al médico. Si la sangre fluye por una vena, olvide todo lo que le han dicho sobre aplicar torniquetes y trate de detener la hemorragia aplicando presión directamente sobre la herida. Cúbrala con una gasa o lienzo limpio y aplique presión hasta que pare la hemorragia o hasta que pueda llevar la víctima a primeros auxilios. Sólo cuando la sangre mane de una arteria es necesario recurrir al torniquete ya que esto corta totalmente la circulación hacia el miembro. En esos raros casos en que lo deba usar, sólo debe aplicarlo por un corto período de tiempo, porque de otro modo puede resultar en la pérdida del miembro.

Muchos padres se preguntan si es necesario aplicar una vacuna antitetánica cada vez que el chico se corta o se lastima. La mayor parte de los niños reciben una antitetánica a temprana edad (forma parte de la triple inoculación) pero algunos médicos persisten en dar nuevas antitetánicas cada vez que el chico se lastima. En mi juventud se decía que el tétanos era una amenaza si la lesión ocurría en un establo o con un clavo oxidado. Más tarde en mi práctica, siempre que la lesión fuera de esa naturaleza yo daba una antitetánica. También daba una inyección

preventiva cada 10 años.

Hoy cuestiono la necesidad de que se hubieran necesitado y dudo que tenga sentido aplicar una antitetánica. No existe evidencia científica indicando con qué frecuencia deben darse estas inyecciones adicionales o si es que se requieran del todo. Millones de conscriptos norteamericanos recibieron inyecciones antitetánicas al ingresar en las fuerzas militares a principios de la II Guerra Mundial. Aunque han pasado cuatro décadas, la evidencia es que, salvo unas pocas excepciones, su inmunidad se ha mantenido hasta el presente. ¡Eso parece ser un poderoso argumento para no dar antitetánicas de rutina en cualquier intervalo menor de 40 años!

QUEMADURAS

Cuando era pequeño, el remedio casero usual para quemaduras menores era la aplicación de manteca o tocino. Decían que eso ablandaba la piel afectada, protegiéndola del aire y que calmaba el dolor. También se tenían a mano varios bálsamos y ungüentos, que obviamente debían ser mejores, porque uno podía oler la medicina que contenían. Hoy reconocemos que hay diferentes tipos de quemaduras, categorizadas por el alcance del perjuicio y que deben emplearse métodos específicos para cada caso.

Cuando su chico se quema, el tratamiento que le da debe cubrir tres objetivos: alivio del dolor, prevención de la infección y tratamiento del shock. Es importante saber cómo alcanzar estos objetivos para cada tipo de quemadura.

Quemaduras de primer grado: éstas sólo afectan la capa exterior de la piel, que enrojece, duele y se sensibiliza, pero que no queda chamuscada o ampollada. El tratamiento inmediato es sumergir el área afectada en agua fría; esto reduce la temperatura de la piel y aplaca el dolor. Luego puede aplicarse un ungüento antiséptico soluble en agua o pasta de polvo de hornear, tapando con una gasa y venda. Desde un punto de vista médico no es necesario, pero ayudará a aliviar el dolor y a reducir la exposición de la quemadura al aire.

Quemaduras de segundo grado: son mucho más graves, porque destruyen las capas superiores de la piel y lesionan también parte de los tejidos internos. Esto puede producir cicatrices permanentes y hay mayor peligro de infección porque el derrame de fluido de la sangre causa la formación de ampollas que pueden infectarse cuando se desgarran. Una quemadura pequeña de segundo grado, como puede recibir un chico de un cigarrillo, puede tratarse en casa, pero las que entrañan áreas más extensas del cuerpo deben recibir pronta atención médica.

Quemaduras de tercer grado: son las quemaduras que carbonizan y destruyen todas las capas de piel y aún parte de los tejidos bajo la piel. A veces también se destruyen las extremidades de los nervios y por lo tanto, puede haber poco o ningún dolor. Cuando las quemaduras de segundo y tercer grado cubren más de un 10 % del área de la piel, existe peligro de muerte por shock o por una infección subsiguiente.

El tratamiento de emergencia para las quemaduras de segundo y tercer grado que cubren grandes áreas de la piel es difícil de atender por parte de los padres debido a su reluctancia por causarle al niño dolores adicionales. Sin embargo, es esencial, y si el niño es víctima de esta condición, imperativo hacer de tripas corazón y poner manos a la obra antes de obtener una ayuda profesional. Para esto sumerja el área quemada en agua fría (no congelada) lo más pronto posible. Esto sirve dos propósitos. Reducirá la temperatura del área quemada de forma que el perjuicio térmico no progrese y proveerá algún alivio al dolor, eliminando la exposición al aire.

Si parece que la víctima pueda entrar en shock, manténgala en posición boca abajo, con calor y eleve sus pies y piernas a menos que haya lesiones de cabeza y pecho. **No administre** estimulantes o líquidos de cualquier tipo. Los síntomas de shock que deben vigilarse son un pulso rápido, palidez facial, una piel fría y húmeda, temblores y una sed inusual.

Si la ropa de la víctima se ha adherido al área quemada, no trate de removerla. Si se forman ampollas, cuídese de no rasgarlas; porque se multiplicará el riesgo de infección. No toque el área afectada con sus manos o con cualquier otro objeto. Finalmente, no aplique tocino, manteca, ungüento, antisépticos o

cualquier otro tipo de medicación al área quemada. Si lo hace, simplemente dificultará la labor posterior del médico.

LESIONES EN LA CABEZA

Estas lesiones producidas por caídas o golpes accidentales debidos a piedras o palos, son raramente graves. Pocas veces precisan tratamiento médico o radiologías, pero es necesario observar cuidadosamente la reacción del niño luego del accidente para asegurar que no haya perjuicio neurológico. Debido al temor de un perjuicio cerebral duradero, muchos padres corren al médico o a la sala de terapia intensiva cada vez que el chico sufra una lesión en la cabeza. A menudo me traen niños que no evidencian síntomas observables, simplemente por haberse caído de la cuna. Raras veces son necesarias estas visitas y podrían evitarse si los padres supieran cuáles síntomas deben observarse para justificar una atención médica en estos casos.

Si su hijo sufre una lesión en la cabeza la primera y más importante pregunta debiera ser: ¿Experimentó el niño un desvanecimiento, aunque breve, luego del golpe? Si es así, o si el accidente ocurrió cuando el chico estaba solo y no sabe Ud. si perdió el conocimiento, llévelo enseguida al doctor o a primeros auxilios para determinar si hay una fractura de cráneo. Si la radiología revela una fractura simple, raramente es grave, pero si el lugar de la fractura está deprimido y presionando sobre el cerebro, podrá necesitarse un tratamiento o hasta una operación.

Si no hubo un desvanecimiento, no hay necesidad de llamar al médico enseguida. Muchos médicos ordenan radiologías de rutina cada vez que le presentan un paciente con una lesión en la cabeza, pero esto no se justifica en ausencia de síntomas y sólo por la mera constancia de un accidente. Algunos médicos también ordenan un electroencefalograma (EEG) a pesar de que la evidencia disponible indica que este método no ofrece un valor significativo en el diagnóstico.

Con todo, luego de una lesión en la cabeza sin pérdida de conocimiento, es importante observar al niño cuidadosamente durante por lo menos 24 horas, para determinar si existen otros factores indicando la necesidad de atención médica.

Observe Ud. los síntomas formulando las siguientes preguntas:

- * ¿Cuál es el nivel de conocimiento del niño? ¿Está alerta o aletargado y es difícil despertarlo?
- * ¿Existe alguna anormalidad en el tamaño de sus pupilas? ¿Tiene una pupila más dilatada que la otra e insensible al exponerla a una luz brillante?
- * ¿Experimenta doble visión el niño? (¿Sus ojos se mueven al unísono, como debieran hacerlo?)
- * ¿Puede mover todas sus extremidades de manera normal?
- * ¿Tiene problemas respiratorios indicados por una respiración que no es natural?
- * ¿Hay alguna evidencia de pérdida de coordinación, mareos o dificultad para mantener el equilibrio?
- * ¿Hay alguna pérdida de sangre o fluido claro por la nariz o las orejas?
- * ¿Está el niño experimentando una fuerte jaqueca que no disminuye o que se intensifica?

Si observa algunos de estos síntomas, no se arriesgue, y vea al médico.

Una palabra final para la madre ansiosa: no asuma que ocurre una crisis porque su chico de menos de cinco años se cae de una silla alta o de la cuna. Es más posible que sus gritos se deban al miedo, y no a la lesión, porque los estudios indican que sólo un 3 % de los niños que sufren lesiones necesitan atención médica. Y muchos de éstas eran fracturas y no lesiones en la cabeza. Preocúpese de una lesión en la cabeza solamente si el niño pierde el conocimiento.

ENVENENAMIENTO

La ingestión de veneno por chicos y las muertes por este motivo se han reducido enormemente en este último cuarto de siglo. Esto se debe en parte al desarrollo de una red de centros de control de toxicidad, y por las reglamentaciones que exigen el uso de tapas a prueba de niños en muchos envases conteniendo

drogas prescritas o no y en productos tóxicos de uso hogareño. Pero a pesar de este progreso, se informan más de 2 millones de casos de envenenamiento por año en los Estados Unidos con un gran porcentaje de niños. En su mayor parte, de haberse tomado los debidos recaudos, nada hubiera pasado.

Por lo menos un 75 % de los niños que ingieren veneno no necesitarán un tratamiento médico si los padres reaccionan pronta y adecuadamente ante la emergencia. Su primer paso debiera ser identificar la substancia tóxica ingerida y si el rótulo indica un antídoto, administrarlo al instante. Luego llame por teléfono a su centro de control de tóxicos local para determinar qué más se debe hacer.

Si se identifica la substancia ofensiva pero la etiqueta del envase no indica un antídoto, llame a su centro de control para solicitar instrucciones. Si tiene el envase, no lo pierda porque probablemente le solicitarán que lea la información que lleva la etiqueta. Si debe llevar el chico a la sala de terapia intensiva, no olvide traer el envase.

El tratamiento en el hogar, orientado por expertos del centro de control de tóxicos, debiera ser adecuado en la mayor parte de los casos. Numerosos médicos no son expertos en casos de intoxicación. Según el Dr. Richard Moriarity, director de la Red Nacional de Centros de Veneno: *"Gran parte de los facultativos han recibido una educación muy pobre (en referencia a los venenos) y muy poco entrenamiento"*. El Dr. Moriarity considera que un 85 % de todos los casos de intoxicación no amenazan la vida y pueden atenderse en el hogar.

La atención de los casos de intoxicación varía dependiendo del veneno ingerido, de forma que es importante que se solicite consejo al centro de control de venenos. Si aún no lo ha hecho, busque en el teléfono el número de su centro local y agréguelo en su libreta de números telefónicos de emergencia. Como regla general, el objetivo en el tratamiento de estos casos es extraer del cuerpo la mayor cantidad de veneno posible y diluir o neutralizar el remanente. En la mayor parte de los casos esto requerirá el uso de una cucharada de jarabe de ipecac para inducir al vómito, de manera que es una medida sabia siempre tenerlo en reserva. Pero no debe administrarlo sin consultar al centro de

control, porque hay situaciones (por ejemplo cuando se han ingerido corrosivos) en las cuales no se recomienda inducir vómitos.

No deben inducirse vómitos cuando la substancia ofensiva sea un sub-producto del petróleo, un cáustico o un ácido fuerte. Todo sub-producto del petróleo puede producir más daño a los pulmones que al tubo digestivo; por tal motivo no es aconsejable inducir al vómito. En lo referente a productos cáusticos o ácidos, como quemaron la garganta del niño al descender no de-seará volver a quemarla volviéndolos a subir.

Los productos ingeridos más comunes para los cuales no deben provocarse vómitos incluyen la nafta, queroseno, diluyentes de pintura, trementina, varias ceras para muebles y autos, insecticidas, limpiadores para hornos y cloacas, amoníaco y otros blanqueadores, y productos conteniendo ácido sulfúrico, nítrico, hidrocórico, carbónico y otros ácidos fuertes. Esta no es una lista total, de manera que es necesario comprobar el veneno en el centro de control antes de inducir o no vómitos para eliminar cualquier substancia tóxica.

¿Qué hacer si encontramos a nuestro hijo de dos años con un envase vacío de medicina en la mano? Primero tratar de determinar cuántas tabletas o cápsulas contenía. Luego llamar al centro de control y darle la información disponible. No asuma que porque el chico no tiene síntomas, no corre peligro. El perjuicio causado por numerosas drogas puede manifestarse recién luego de varias horas, y si no actuamos antes de que aparezcan los síntomas, podemos estar arriesgando la vida del chico.

La mejor manera de proteger al niño es, en primer lugar, vigilarlo para que no trague veneno. Esto podrá causar ciertos inconvenientes en el hogar, pero es un precio muy pequeño para asegurar que el chico no tome algún producto tóxico. Las siguientes son algunas sugerencias que deben observarse en cualquier hogar con niños:

- * Asuma que todos los fármacos y productos del hogar, por más inocuos que parezcan, son potencialmente peligrosos si los traga un chico curioso. Aún las tabletas de vitamina para niños pueden ser peligrosas si el chico se

tienta y toma todo el contenido del frasco.

- * En todos los botiquines y armarios que contengan productos tóxicos, ponga cierres que un niño no podría abrir. No es suficiente poner esas cosas "*fuera de su alcance*".
- * No deje sustancias peligrosas sin atender mientras contesta el teléfono o la puerta de calle. El niño tiene una gran habilidad para apoderarse de las cosas, aún si sólo dispone de unos segundos.
- * Mantenga las medicinas y los productos tóxicos para el hogar en sus envases originales. Esto prevendrá errores, asegurándose la disponibilidad de las instrucciones sobre el envase en caso de que la sustancia haya sido ingerida accidentalmente.
- * No demore en disponer de los envases vacíos y de las medicinas sin usar.
- * Cada vez que administre medicaciones al niño, asegúrese de que la luz sea suficientemente fuerte para leer la etiqueta (o que, si usa lentes, los lleva puestos).
- * Cuando recibe invitados en casa, ponga sus bolsos o carteras fuera del alcance de su chico. Más de un chico se ha envenenado con una medicina encontrada en un bolso de mano.

En ocasiones, un chico es víctima de una intoxicación alimentaria por un corto tiempo, que lo enfermará mucho, pero sin consecuencias graves. Los síntomas serán vómitos, generalmente acompañados por diarrea, que no pueden explicarse por alguna evidencia anterior de una enfermedad como la gripe. A menos que se manifiesten otros síntomas obviamente graves aparte de los dos mencionados, no hay necesidad de buscar ayuda médica ni de tratar al niño con otra cosa que cuidado amoroso y tierno. Podrá aliviar su sed permitiéndole que chupe un trocito de hielo pero no le dé de comer o beber hasta después de seis horas de cesar los vómitos. Entonces podrá darle algún té de yuyo, caldo de gallina y agua hervida, pero sin sólidos hasta que haya pasado una buena noche de sueño. Si persisten los vómitos y el chico ha perdido más de un 10 % de su peso original, vea al doctor. Podrá ser necesario que lo trate por deshidratación.

DISLOCACION, ESGUINCE Y FRACTURAS

Los huesos y la estructura muscular del niño difieren significativamente de la de los adultos, y esto afecta el tipo de lesión que ocurra en las extremidades. Las dislocaciones involucrando desgarros o distensiones de un ligamento, raramente se ven en el niño, porque los ligamentos aún no están unidos firmemente al hueso. El niño tiene mayor posibilidad de dañarse la epífisis (extremidad blanda del hueso donde se produce el crecimiento). Si el niño se tuerce la muñeca, la rodilla o el tobillo y la hinchazón y dolor persisten durante dos o más días, llévelo al doctor, porque si es una fractura de epífisis, necesitará enyesarlo.

En el niño la capa exterior del hueso — *periostio* — es relativamente gruesa en comparación al adulto, y también menos quebradiza. En consecuencia, las lesiones que en el adulto producirían una fractura aguda, desplazándose las extremidades rotas del hueso, a menudo en el niño resultan en *fracturas de palo verde*. Y la denominación es apta, porque estas fracturas son comparables a las rajaduras producidas cuando rompemos una rama verde para separarla del árbol. En vez de quebrarse, el hueso se dobla, produciendo numerosas hendiduras longitudinales pequeñas en el punto de fractura. Esto requiere atención médica.

Si el niño sufre una lesión en la pierna al torcerse el tobillo o la rodilla, no es necesario solicitar inmediatamente atención médica. Si demoramos un par de días para ver si pasa el dolor y la hinchazón, no impediremos el tratamiento si se comprueba que es una fractura y debemos solicitar ayuda médica. El chico no debe apoyarse sobre la extremidad lesionada y hay que aplicar bolsas de hielo sobre el área afectada para reducir la hinchazón. Esto perderá su valor después de aproximadamente una hora, y muchos médicos recomendarán que en ese momento se aplique calor para activar la circulación en el miembro lesionado.

Debo destacar, candorosamente, que esta es una de numerosas situaciones en las cuales la "*ciencia*" médica es menos que precisa. Existe un vasto desacuerdo en lo que respecta a cuál es el mejor tratamiento — frío o calor — para un tobillo dislocado.

En círculos médicos circula un cuento clásico sobre un doctor que aconsejó a un paciente que usara bolsas de hielo sobre

un tobillo dislocado. El paciente siguió con gran inconveniencia e incomodidad su consejo durante dos días, pero la dislocación no mejoró. Quejándose ante su cocinera sobre su falta de progreso, ésta le aconsejó aplicar calor al tobillo. El paciente lo hizo y casi inmediatamente comenzó a mejorar el tobillo. Cuando, más adelante, encontró a su médico se produjo el siguiente diálogo:

Paciente: *"Doctor, la última vez que lo vi me recomendó que usara hielo sobre mi tobillo dislocado, lo hice y no mejoró el problema. Luego mi cocinera me aconsejó utilizar calor y funcionó enseguida"*.

Doctor: *"Humm, qué raro. Mi cocinera me aconsejó que usara hielo"*.

El punto, por supuesto, es que nadie sabe realmente qué cosa funciona mejor para un tobillo dislocado — frío o calor. Lo importante es inmovilizar el tobillo envolviéndolo con un vendaje elástico para impedir cualquier movimiento que podría agravar la lesión. Sólo debemos asegurarnos de que el vendaje no sea demasiado apretado como para impedir la circulación. No escuche el consejo que podrán darle recomendando que el mejor tratamiento para una dislocación es hacer caminar inmediatamente al niño. El dolor es el mensaje de la naturaleza diciendo que algo anda mal, de manera que si al chico le duele el tobillo, el mensaje es *"¡Quédese quieto!"*

Si cualquier miembro lesionado — tobillo, rodilla, hombro, codo o muñeca — no ha mejorado en un par de días, vea al médico. Esa demora de dos días reducirá la posibilidad de que le practiquen una radiología innecesaria aunque asegurará de que la recibirá si realmente la necesita. Se estima que alrededor de un 98 % de las radiologías ordenadas para lesiones de brazo y pierna no revelan una fractura, de manera que es obvio que son frívolas.

Los padres de los chicos que reciben esteroides para el asma y otras condiciones deben alertarse a la posibilidad de que el chico pueda sufrir una fractura de costilla o vértebra con mayor facilidad. El uso extenso de esteroides causa una reducción en la densidad ósea y el niño asmático que ha seguido una terapia con esteroides durante un año o más podrá sufrir una

fractura de costilla durante un acceso de tos. El Centro Nacional de Asma (Estados Unidos) estudió a 128 niños que habían tomado esteroides durante un año o más y descubrió que 14 de ellos habían sufrido un total de 58 fracturas de costilla o vértebra. Ninguna fractura de esta naturaleza ocurrió entre un grupo de control de otros 54 niños asmáticos que no habían recibido tratamiento con esteroides a largo plazo.

Si su chico sufre lesiones delicadas al caerse de un árbol o si lo atropella un auto, y parece tener una fractura grave o una posible lesión en el cuello o la espina dorsal, no trate de moverlo o levantarlo. Cúbralo con una manta caliente para ayudar a evitar el shock y habiendo hemorragia trate de limitarla aplicando presión sobre la herida. Luego asegúrese de que se ha solicitado una ambulancia y espere la llegada de los para-médicos expertos que sabrán cómo mover al chico con seguridad y qué tratamiento de emergencia dar en el acto.

AHOGO

Tanto el bebé como el niño pequeño sienten un fuerte deseo por una gratificación oral, lo que explica la razón por la cual gustan tanto meterse objetos pequeños en la boca. A veces tales objetos se alojan en la garganta o son aspirados por los pulmones, creando una situación crítica que exige acción por parte de cualquiera que esté a mano.

Los padres cautelosos evitarán ofrecerle al chico juguetes con partes pequeñas y removibles, cacahuets o caramelos duros con los cuales pueden ahogarse. Pero uno no puede pasarse todo el día vigilando, por lo tanto siempre hay una posibilidad de que, a pesar de todas las precauciones, el chico descubrirá algo bastante pequeño que quepa en su boca. A veces dicho objeto queda encastrado en la garganta.

Cuando esto ocurre es vital que Ud. actúe rápida y adecuadamente. El primer paso es determinar si el chico puede hablar o respirar. Si es así, el pasaje tiene sólo una obstrucción parcial. En vez de tomar medidas de emergencia que podrían colocar el objeto en una posición aún más peligrosa, lleve la víctima a primeros auxilios para que se lo extraigan.

Si el pasaje respiratorio está totalmente obstruido de forma que el chico no puede respirar, Ud. no dispone de tiempo para buscar ayuda exterior, y deberá efectuar los primeros auxilios. Primero inspeccione la garganta para ver si el objeto es visible. En tal caso, y si cree que puede extraerlo con sus dedos, trate de hacerlo, pero no lo haga si teme que existe un riesgo de empujarlo aún más adentro.

Si no puede alcanzar el objeto, coloque el chico en su regazo o brazo con su cabeza y hombros colgando hacia abajo y dé una fuerte palmada entre los omóplatos con la palma de la mano. Repítalo tres o cuatro veces para que el chico despidá el objeto. Recuerde, *nunca palmee una persona en la espalda si su cabeza está levantada*, porque así el objeto podrá forzarse aún más en su vía respiratoria o garganta.

Si esta medida falla, pruebe con la denominada *Maniobra de Heimlich*. Colóquese detrás del chico y ponga los brazos a su alrededor, tomándose los puños justo debajo de su caja torácica. Mantenga el pulgar de una mano contra su abdomen, y dé un rápido golpe hacia adentro y arriba. A menudo el aumento de la presión del aire en los pulmones hará saltar el objeto fuera de la garganta.

Tenga en mente que esta maniobra fue desarrollada básicamente para usar en adultos. Si se ejerce demasiada presión sobre el abdomen de un niño, puede causarse un perjuicio en los órganos internos — en especial el hígado. Tratándose de un niño, una alternativa es colocarlo sobre su estómago en su regazo y presionar fuertemente sobre la parte superior de su espalda para forzar el aire fuera de los pulmones.

En muchos hospitales y organizaciones como la Cruz Roja, se ofrecen instrucciones sobre resucitación cardio-pulmonar. Debido a la frecuencia con la cual los niños tragan objetos, sería prudente enrolarse en un curso, habiendo oportunidad.

MORDEDURAS DE ANIMALES

Si su hijo es mordido por un perro u otro animal, debe lavarse inmediatamente la herida con agua y jabón y luego mantenerla bajo la canilla durante varios minutos. Es aconsejable

solicitar atención médica como medida precautoria o para coser la herida si fuera necesario.

La mayor preocupación con las mordeduras de animales es la posibilidad de que el animal esté infectado con rabia. Tratándose de un perro, realice el máximo esfuerzo para identificarlo y determinar si ha sido inoculado. Si la mordedura es de ardilla o de otro animal silvestre, es importante determinar si en su área hay alguna evidencia de que la especie ofensiva haya sido infectada con rabia.

La rabia es causada por un virus filtrable afin con el tejido nervioso, razón por la cual afecta la médula espinal y el cerebro. El período de incubación para humanos puede extenderse de 10 días a dos años o más. Los síntomas usuales son una excitación incontrolable, fiebre, espasmos musculares, laríngeos y faríngeos. A medida que progresa la enfermedad, la víctima salivará copiosamente desplegando una sed insaciable aunque no podrá tragar agua. Es la razón por el término *hidrofobia*. A menudo sobreviene la muerte como resultado de convulsiones, exhaustión o parálisis. Una vez presente la enfermedad, el único tratamiento es descanso y sedación para anticipar las convulsiones.

Si el chico es mordido por un animal, la elección que debe hacerse se encuentra entre las consecuencias de la rabia y las consecuencias de las vacunas antirrábicas que pueden darse como prevención. Como la enfermedad es tan horrible de contemplar, muchos padres aceptan las vacunas aún cuando no haya evidencia de que el perro estuviera rabioso.

Si Ud. debe tomar esta decisión, no deje de considerar las consecuencias potenciales de las vacunas. En primer lugar, los efectos secundarios incluyen dolores extremos, y eso es algo que no desearía para su chico si pudiera evitarse. Pero más preocupante es el hecho de que la vacuna de la rabia puede producir un shock anafiláctico fatal y una parálisis grave que podría incapacitar de por vida a su hijo.

La posibilidad de que la vacuna contra la rabia pueda producir estas consecuencias terribles es remota, pero también es remota la posibilidad de que la víctima de una mordedura de animal contraiga rabia, a menos que pueda probarse de que el animal estuviera rabioso. Decenas de miles de norteamericanos

son mordidos por animales cada año y sólo un puñado contrae esa horrible enfermedad.

Su elección se complica aún más por el hecho de que, aún si el diagnóstico del animal da positivo para rabia, existe una posibilidad real de que el diagnóstico no sea válido. Recientemente esto ocurrió en el Estado de Illinois, cuando el departamento de Estado de Salud Pública diagnosticó rabia incorrectamente en 10 perros y gatos en el área de Chicago. Como resultado, más de 100 personas se sometieron a las dolorosas y peligrosas vacunas antirrábicas, y muchos perros valiosos fueron sacrificados innecesariamente. En algunos de los casos, aquel diagnóstico falso fue confirmado por los Centros Federales de Control de Enfermedad.

Cuando el chico es mordido por un perro desconocido o por un animal silvestre, los padres y médicos se ven enfrentados a un dilema pavoroso, un tipo de dilema sin solución *buen*a. Durante mis años de práctica pediátrica, pasé a través de tres etapas en mi respuesta a la posibilidad de que un animal ofensivo tuviera rabia. Hoy sólo doy vacunas antirrábicas cuando la mordedura fue ocasionada por un animal conocido como rabioso; por un murciélago, especie capaz de tener rabia; o por un animal silvestre o especies conocidas como rabiosas en el área en que ocurrió la mordedura.

¿Entonces que hará Ud. si su chico es mordido por un animal? La única respuesta honrada que puedo dar, sin jugar a ser Dios, es decirle que es un dilema que Ud., con la ayuda de su Dios, debe resolver por sí solo. Sólo puedo decirle lo que yo haría si una de mis amadas nietas fueran mordidas: si el animal que mordió estuviera rabioso o si hubiera una fuerte posibilidad de que así fuera, yo daría la vacuna antirrábica. Pero no prevaleciendo aquellas condiciones, no lo haría.

Las mordeduras de víboras también son una amenaza en diversos lugares. Cuando yo era chico, a los boy scouts se les enseñaba a proveer primeros auxilios en ese caso cortando una X sobre la herida y apretándola o chupando para extraer el veneno. Recuerdo haber pensado que ese era un acto horroroso para contemplar. Hoy sé que no existe evidencia científica de que este tratamiento ofrecerá algún beneficio, aunque tampoco hay

evidencia científica de que no lo hará. Si la mordedura ocurre en un lugar aislado, sin ayuda médica disponible, nada se pierde probando con aquel método. De otra manera debe llamarse al Centro de Control de Veneno para solicitar instrucciones o llevar rápidamente el chico al médico o a terapia intensiva. Es importante tratar de identificar el tipo de víbora que mordió al chico, y llevarlo con la mayor celeridad al lugar en que tengan el suero antiofídico apropiado.

CONGELAMIENTO

Los niños parecen ser menos sensibles al frío que los adultos y cuando se divierten con sus juegos en la nieve, a menudo pasan más tiempo en la intemperie de lo que debieran. A veces, cuando entran en la casa, algunas áreas de la piel — en especial las orejas, nariz, dedos o dedos de los pies — aparecerán totalmente blancas. Al tocar esta área congelada no habrá sensibilidad.

Cuando yo era chico, todo el mundo creía que el tratamiento adecuado para el congelamiento era frotar el área afectada con nieve. ¡Ese es un remedio casero absolutamente sin sentido! Cuando hay congelamiento, el objetivo es calentar la piel, no enfriarla. El tratamiento correcto es calentando gradualmente el miembro afectado sumergiéndolo en agua o remojándolo con compresas calentadas aproximadamente a la temperatura del cuerpo. No debe usarse agua caliente, porque el propósito es deshelar el área gradualmente, y la piel congelada que se está tratando no puede percibir si el agua está demasiado caliente.

Los casos comunes de congelamiento no requieren tratamiento médico; sólo es necesario cuando hubo una larga exposición al frío, en especial, si la víctima durmió o perdió el conocimiento.

ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS

Aunque en este capítulo ya se han cubierto los tipos de lesión que ocurren en un accidente de auto, sería inadecuado terminarlo sin agregar una palabra sobre la circunspección al conducir.

Después de los primeros días de vida, los accidentes de auto son la principal causa de mortalidad en niños. Los bebés de menos de un año de edad son los más vulnerables, seguidos de los de 1 a 6 y luego los de 6 a 12.

Las estadísticas indican la razón por la cual los niños son más vulnerables que los adultos en estas circunstancias. Es debido a que pesan menos y la fuerza del impacto los arroja más lejos. Esto convierte en un asunto de importancia crítica el uso de sillitas para niños de menos de 22 kilos y cinturones de seguridad para niños más grandes y adultos. No crea Ud. que el bebé viaja seguro si lo tiene en su regazo. Desde el momento que lo trae del hospital a su casa por primera vez debe ponerlo en una sillita para viajar en automóvil.

En varios Estados de Norteamérica la ley requiere que estos asientos para niños sean aprobados, como deberían serlo en todos lados. Lo digo porque muchas veces he debido tratar terribles lesiones resultantes de accidentes de auto. Todos nosotros somos propensos a considerar que los accidentes son cosas que les ocurren a otros. Sin embargo, en 1981 los accidentes de coche en Estados Unidos causaron 1.900.000 lesiones inhabilitantes, 1.750.000 inhabilitaciones temporarias totales, 150.000 incapacitaciones permanentes y 50.800 fatalidades. Con una incidencia tan asombrosa de muerte, lesión e inhabilitación como esta, es aparente que un accidente de auto es algo que puede ocurrir a cualquiera de nosotros, o a nuestros hijos.

RAPIDA GUIA DE REFERENCIA DEL DR. MENDELSON PARA LAS LESIONES ACCIDENTALES

La vasta mayoría de lesiones accidentales no requiere atención médica si los padres se han familiarizado con los tratamientos que pueden aplicar en casa. Sin embargo, debe ejercerse cierto juicio para determinar cuáles lesiones son suficientemente extensas y graves como para solicitar ayuda médica. Estudie la información provista en cada uno de los subcapítulos y podrá aplicar el tratamiento apropiado ejerciendo el juicio considerado necesario si su hijo tiene un accidente.

PRECAUCIONES CON LOS ARTICULOS DE USO DOMESTICO

- * Enseñe a sus hijos las cosas fundamentales para la seguridad y ofrezca Ud. mismo un buen ejemplo.
- * No deje a bebés y niños sin supervisión.
- * Controle el calor del termotanque y asegúrese de que no sobrepase los 51°.
- * No permita que los niños jueguen con cerillas o que usen la estufa sin permiso. Asegúrese que los mangos de las cacerolas estén fuera de su alcance. Mantenga todos los fluidos calientes lejos de los niños.
- * Mantenga fuera del alcance de los niños pequeños las tijeras y cuchillos.
- * Mantenga fuera del alcance de los niños las herramientas eléctricas y los instrumentos cortantes.
- * Descargue todas las armas, enciérrelas y ponga las municiones en un lugar separado.
- * Cubra todos los enchufes eléctricos y no deje aparatos eléctricos en el baño.
- * Controle todos los juguetes para asegurarse de que no sean peligrosos.
- * Ponga todas las medicinas en botiquines bien cerrados y guarde los materiales de limpieza en armarios cerrados con llave o con cierres a prueba de niños.

- * Asegúrese de que los mosquiteros y las barandas de la galería estén bien afirmadas.
- * No deje juguetes en la escalera ni use alfombrillas sueltas cerca de la escalera.
- * Suba las rejas de la cuna cuando el bebé esté en ella, afirmelo a su silla alta y coloque portalones en las partes alta y baja de la escalera cuando el bebé empieza a gatear.
- * Inmediatamente llene los hoyos en el jardín y repare las veredas.
- * Si tiene una piscina, no permita que los chicos se bañen solos; asegúrese de que tengan buena valla y no permita que los niños o sus invitados corran sobre las baldosas mojadas.
- * En su libreta de teléfonos consigne el número de su pediatra, el servicio de ambulancia local, la sala de terapia intensiva del hospital, el centro de control de venenos, los bomberos y la policía. Esto ahorrará un tiempo valioso cuando ocurra un accidente.
- * Al viajar en automóvil, asegúrese de que un chico con menos de 22 kgs. esté amarrado a una sillita aprobada por ley y que cada miembro de la familia use el cinturón de seguridad.

Capítulo XVII

ASMA Y ALERGIAS - PRUEBE CON DIETAS Y NO CON DROGAS

No encontraremos la palabra *alergia* en las obras de Shakespeare, ni siquiera en la literatura de hace un siglo. El concepto médico de que las alergias son responsables por numerosas enfermedades humanas es relativamente nuevo. Y, sin embargo, no es suficientemente nuevo como para excusar a la mayor parte de los médicos por su fracaso en darle el papel apropiado en el diagnóstico diferencial. Es triste comprobar que las alergias y la nutrición — dos fuerzas prioritarias de la salud humana — reciban poca o ninguna atención en la escuela médica, constituyendo un área de vasta ignorancia en la práctica médica contemporánea.

Aunque a menudo no tenemos conciencia de ello, la mayor parte de nosotros somos alérgicos a cosas en los alimentos que comemos y en el aire que respiramos. Pero debido a la ignorancia médica, muchas enfermedades que podríamos controlar identificando y evitando los alérgenos que las causan, en vez, son tratadas con peligrosas drogas y hasta operaciones. En muchos casos, estos tratamientos innecesarios son peores que la enfermedad que se desea curar.

Las alergias más comunes son las que producen narices tapadas y chorreantes, estornudos y tos. Cuando estos síntomas

aparecen solamente en otoño, culpamos al polen aéreo y lo llamamos *fiebre de heno*. Sin embargo, algunas personas sufren estos síntomas durante todo el año, con obstrucciones nasales crónicas que también pueden producir otras infecciones (sinusitis, etc.). En estos casos es obvio que no sólo el polen es responsable sino también otros alérgenos.

Encontramos algunos alérgenos en nuestro medio ambiente y otros en los alimentos que comemos. Los primeros incluyen el polen y los mohos; la polución aérea de los combustibles, escapes de automóvil y humo de tabaco y caspa animal (minúsculas partículas de cabello, plumas o piel); polvo doméstico; agua potable (cloro, etc.); materiales en la ropa, frazadas y acolchados (en especial de lana); cosméticos y jabones; pulverizaciones químicas; y picaduras de insectos, para nombrar algunos de los delincuentes más comunes.

Las alergias alimentarias cubren un amplio espectro, con la leche de vaca encabezando la lista. Otros alimentos que producen reacciones alérgicas en algunos niños incluyen productos del maíz, trigo fraccionado, gluten, huevos, pescado, tomate, ajo, citrus, y los aditivos químicos, conservadores, estabilizadores, colorantes, y sabores encontrados en la mayor parte de los alimentos procesados.

LAS ALERGIAS PRODUCEN NUMEROSOS SINTOMAS EN LOS NIÑOS

Los niños son particularmente susceptibles a las reacciones alérgicas que pueden producir tales síntomas diversos como dolor de cabeza, migraña, dolor de ojo y visión turbia, vértigo, pérdida auditiva, taquicardia, náusea, vómitos, acidez estomacal, diarrea, dolor abdominal, cistitis alérgicas (sangre en la orina), fatiga, debilidad muscular, micción en la cama, dificultad para aprender, insomnio, hiperactividad y mala memoria. Los bebés alimentados a mamadera tienen, por lo menos, 20 veces más susceptibilidad a las alergias que los bebés amamantados.

Cualquier médico asumirá que las alergias son responsables por enfermedades como el asma y la fiebre de heno, y en su mayor parte sospechará que las alergias causan algunas condiciones

de la piel, pero muchos fallarán en considerar la posibilidad de alergias cuando un chico tiene los demás síntomas citados más arriba. En vez tiran al blanco equivocado y le dan drogas para aliviar síntomas, sin efectuar la labor detectivesca necesaria para determinar la culpabilidad alimentaria o ambiental.

Mientras que el fracaso en considerar las alergias como causa potencial de la enfermedad puede llevar a un diagnóstico falso y a un tratamiento inadecuado, también podrá ser igualmente peligroso el reconocimiento de aquella posibilidad. Cuando el pediatra sospecha una alergia, generalmente refiere el niño a un especialista en alergias, cuya respuesta también puede ser inadecuada. Muchos de ellos abusan de las pruebas cutáneas realizando cantidades de análisis de piel incómodos, costosos y potencialmente peligrosos. Estos análisis, en especial para alergias alimentarias, son notoriamente inexactos y totalmente inadecuados cuando se hacen — muy a menudo — para descubrir alérgenos en potencia a los cuales el niño nunca está expuesto. Estos análisis son legítimos y valiosos para confirmar alergias sospechosas que se han identificado por otros medios, pero que no deben aprobarse indiscriminadamente.

Pero estas prácticas son sólo parte del problema. Los tratamientos que aplican pueden ser peores que los síntomas que suponen remediar. Si los análisis revelan que su hijo es alérgico al polvo doméstico, obviamente es lógico proveerle el mejor medio ambiente sin polvo que pueda obtenerse. También tiene sentido eliminar los alimentos sospechosos si se implementa como parte de una dieta eliminatoria para validar o invalidar los análisis. No obstante, de nada vale eliminar permanentemente alimentos nutritivos sin analizar las reacciones del niño a éstos, para confirmar la idoneidad de dichos análisis. Siendo este el caso, ¿para qué emplear análisis? ¿Por qué no usar una dieta eliminatoria que determinará la reacción del niño a ciertos alimentos específicos y soslayar los análisis?

El verdadero peligro, cuando Ud. lleva el chico al especialista en alergias, es la probabilidad de que recete inyecciones de desensibilización o tratamientos con drogas como las antihistaminas, hormonas adreno-corticosteroides como la cortisona o prednisona, o derivados de la xantina como la teofilina.

El valor de administrar inyecciones de desensibilización alérgica es extremadamente controvertido y desconocidas las consecuencias a largo plazo. Los pocos estudios controlados realizados para probar su eficacia son, en el mejor de los casos, contradictorios. Parecen, sin embargo, sugerir que las inoculaciones contra la fiebre de heno pueden ser efectivas para reducir los síntomas en muchos pacientes, mientras que probablemente las inoculaciones para alergias alimentarias no lo son. La interrogante crítica, aún no contestada, es cuáles consecuencias potenciales podrán afectar al niño en los años futuros si recibe estas inoculaciones contra sus problemas alérgicos. Aparentemente, los especialistas en ese campo no desean conocer la respuesta, porque hace décadas que se han dado estas inoculaciones de desensibilización sin estudiarlas adecuadamente.

Las drogas usadas más a menudo en el tratamiento de condiciones alérgicas, incluyendo el asma, tienen numerosos efectos secundarios potencialmente perjudiciales y peligrosos. Estas antihistaminas, hormonas esteroideas y derivados de la xantina, se venden bajo denominaciones comerciales como Aminofilina, Aarane, Marax, Slofilina, Teodur y Teobid; algunas son orales y otras inhalantes. Todas tienen efectos secundarios que pueden ser meramente molestos para el niño pero que en muchos casos son peligrosos. Por ejemplo, se ha demostrado que el tratamiento con esteroideos para niños asmáticos produce retardo de maduración pulmonar y de desarrollo físico y causa una incidencia elevada de cataratas en niños que reciben terapia esteroidea a largo plazo.

Recomiendo a los padres rechazar las inoculaciones desensibilizantes y la terapia con drogas para sus hijos a menos que su condición amenace la vida o que se hayan explorado todas las demás alternativas. Si sospecha Ud. que la enfermedad del niño sea de origen alérgico, investigue cuidadosamente su fuente potencial. Para eso no necesita un médico. Primero considere todas las causas latentes en el medio ambiente del niño y elimínelas una por una en todo lo posible, observando si mejoran o desaparecen los síntomas. Inicie una dieta eliminatoria descartando los alimentos sospechosos, uno por uno, para determinar cuál pueda ser responsable por la alergia. Con este método son muchas

las probabilidades de que descubrirá la causa y resolverá el problema.

EL ASMA GRAVE REQUIERE AYUDA MEDICA

Aunque tengo el convencimiento de que en su mayor parte las condiciones alérgicas no requieren atención médica, no deseo minimizar la necesidad de la medicina en casos graves de asma o de acción inmediata ocurriendo una condición que amenaza la vida, ya que debe tratarse como tal.

Diferentemente a la fiebre de heno, que básicamente ataca los conductos nasales, el asma se concentra en los tubos bronquiales. Los alérgenos causan una dilatación de dichos tubos, segregando una mucosidad gruesa que tapa los conductos de aire y dificulta la respiración. En ataques severos de asma, el paciente jadea, tose, queda sin aliento y puede correr riesgo su vida si no se trata inmediatamente. Si le ocurre esto a su hijo, llévelo rápidamente al doctor o, mejor aún, a una sala de terapia intensiva antes que los conductos aéreos se tapen tanto como para no recibir suficiente oxígeno para sobrevivir. Una inyección de adrenalina abrirá los conductos, produciendo lo que representa una cura inmediata temporaria. Usándola para este propósito, la adrenalina es una droga excelente que prácticamente puede usarse con impunidad.

Aunque generalmente el origen del asma es alérgico, es más desconcertante que otras enfermedades alérgicas porque su inicio es inconsistente y, a veces, no relacionado con causas alérgicas específicamente alimentarias o ambientales. Los ataques asmáticos pueden ser provocados por resfrios u otras condiciones fisiológicas. Muchos padres se sienten frustrados porque su hijo asmático desarrolla la capacidad de iniciar un ataque asmático al alterarse emotivamente por alguna desilusión u otro suceso en su vida. La frecuencia de estos ataques también puede relacionarse con ciertos ejercicios físicos, clima y hasta la estación del año.

En su calidad de padre siempre en contacto con el hijo, está plenamente consciente de su dieta y de las condiciones ambientales que lo rodean y, en tal caso, se sensibiliza a sus humores.

recomiendo consultar a un especialista tradicional en alergias. Si se decide hacerlo, cuídese mucho de los raspajes de piel, inyecciones de desensibilización y tratamientos con drogas.

4. Si las alergias del niño producen una condición amenazante, tal como un grave asma crónico, debe consultar a un médico competente en caso de un ataque fuerte. Esto no debe distraerle de sus esfuerzos por identificar los alérgenos culpables, pero es esencial evitar situaciones de peligro para la vida. Si su hijo asmático tiene un ataque tan grave como para inhibir peligrosamente su respiración, llévelo al doctor o a primeros auxilios para que le den enseguida una inyección de adrenalina.

Capítulo XVIII

EL CHICO QUE NUNCA SE ESTA QUIETO

Cuando el niño comience a caminar, podrá Ud. descubrir que es más enérgico, más activo y más indisciplinado que otros de su misma edad. Al principio se sentirá feliz de ver que es expansivo, alerta y no aletargado e introvertido. Luego, después de correr tras él de un desastre exploratorio a otro, podrá Ud. descubrir que su reserva de paciencia y resistencia se ha agotado. Entonces es cuando empieza a preguntarse si, después de todo, aquella energía inacabable es una bendición. Hasta podrá preocuparle la noción de que su conducta sea anormal; que está *hiperactivo* o es víctima de un *desorden de déficit de atención*, una *incapacidad para aprender*, o un *perjuicio cerebral mínimo*, todos a menudo diagnosticados en la actualidad.

Mi propósito en este capítulo es advertirle sobre los peligros de no producir sus propias diagnósis permitiendo que cualquier otro — médico, maestro o amigo — las produzcan para Ud. Una vez calificado el chico, existe una fuerte posibilidad de que se vea sujeto a algunos riesgos inaceptables.

En los Estados Unidos casi se ha convertido en una epidemia la práctica de orientar profesionalmente y tratar con drogas a chicos que exhiben conductas exageradas pero de desarrollo perfectamente normal. En gran parte debido a presiones por

parte de las autoridades educativas, muchos padres norteamericanos han perdido la fe en la legitimidad de sus propias decisiones y en la sabiduría acumulada de sus padres, parientes y amigos. Y les han hecho creer que solamente los médicos y psiquiatras tienen respuestas a las interrogantes que en generaciones anteriores respondían muy efectivamente sin ayuda exterior.

Si los chicos fueran fabricados con cuchillas para galletitas, como el hombrecillo de pan de jengibre, podrían fijarse normas de conducta para su desarrollo y para el nivel de actividad que debiera desplegar. Afortunadamente no lo son, con el resultado de que no existen dos chicos precisamente iguales. Esto es frustrante para el maestro, doctor y otro profesional que cree a pie juntillas que todo en la vida debe funcionar según las reglas. Hoy es bastante común que un niño sea tan activo y desatento como para que el maestro lo diagnostique como *hiperactivo* o *mal de los sesos*, y que lo traten con drogas depresivas, y aislándolo en el *laboratorio escolástico* de la escuela.

La posibilidad de que su hijo perfectamente normal, aunque excepcionalmente activo, sea catalogado con uno de estos rótulos derogatorios — ninguno de los cuales tiene una definición científica valedera — no es remota. En los Estados Unidos el número de chicos que ha sufrido este destino ha subido a 500.000 en los últimos cinco años. Podría sucederle a su chico si evidencia algunas de estas conductas, que figuran en las listas consultivas que usan los psiquiatras: no siempre escucha las instrucciones — cazalea y no puede estarse quieto — sueña despierto en clase — se mete en situaciones que no le incumben — es lento en prepararse para la escuela — se jacta cuando está rodeado de chicos — o, es físicamente más activo que otros chicos en su clase.

Su reacción ante esta lista probablemente es similar a la mía. Yo comenzaría por preocuparme si el chico no desplegara la mayor parte de estas manifestaciones; luego dedicaría mi atención para tratar de identificar por qué se está comportando como un vegetal! ¡Pero cuando evidencia aquellos comportamientos es posible que los profesionales de la salud mental le den drogas que le convertirán en algo parecido a un vegetal!

EVITE LAS DROGAS MODIFICADORAS DE LA CONDUCTA

Si parte del comportamiento de su hijo es más exagerado y, en consecuencia, más molesto que el de otros chicos que conoce, no lo perjudique exponiéndolo a terapias o drogas. En vez, investigue los factores ambientales — en el hogar, la escuela o entre sus pares — que pueden causarle problemas emocionales. ¿Qué presiones sobre su chico están produciendo pautas de conducta inaceptables para sus profesores y Ud.? Investigue también las alergias dietéticas que puedan constituir el núcleo de sus problemas. Mientras tanto, trate de aliviar parte de la presión emotiva que causa su conducta, proveale algún apoyo emocional en casa, y hágale saber que está Ud. de su lado cada vez que encuentre problemas fuera de casa.

En mi experiencia, si se lleva a cabo objetivamente y a fondo, este enfoque usualmente funciona. Con certeza y en ese caso es una alternativa deseable a esa orientación profesional que pudiera calificarlo como hiperactivo, de atención deficitaria o incapaz de aprender. Si ocurre esto último, probablemente en la escuela lo colocarán en un programa de educación especial, asignándolo a un *laboratorio de enseñanza*, donde lo catalogarán como inferior a los demás chicos. (En algunas escuelas de los Estados Unidos este laboratorio de enseñanza es denominado por los chicos que no lo integran: *el laboratorio de chiflados*).

No creo que ningún chico merezca este destino simplemente porque sea más duro de manejar o de enseñar que los demás en su clase. En su calidad de padre esta es su preocupación, pero más debiera preocuparle si le recetan al chico drogas como Ritalina o Cilert.

Los educadores y médicos que califican a un chico como hiperactivo o incapaz de aprender y que luego sugieren tratarlo con drogas químicas, siempre defienden sus recomendaciones afirmando que mejorarán la capacidad del chico para aprender. Saben que Ud. reaccionará ante esto de una forma más positiva que ante su real motivación, que es la de drogar al chico hasta llegar a un estado de semi-somnolencia para poder manejarlo mejor y para que deje de ser una molestia en clase.

Nunca jamás alguien ha podido demostrar que drogas tales como el Cilert o la Ritalina mejoran la performance académica de los chicos que las toman. El principal efecto de la Ritalina y otras similares es el manejo a corto término de un comportamiento hiperdinámico. El alumno es drogado para facilitarle la vida al maestro y no para que el chico mejore y sea más productivo. Si su chico es la víctima, los riesgos latentes son un alto precio que pagar por la tranquilidad del maestro.

PELIGROSOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RITALINA

¿Cuáles son los riesgos para su chico si se le trata con Ritalina o una droga similar? Primero, existe una amplia evidencia de que se las prescribe inadecuadamente, que las administran en forma imprudente y que tienen peligrosos efectos secundarios. Agreguemos el hecho de que obvian la necesidad y el incentivo para descubrir qué es lo que realmente está afectando al niño. Y allí tenemos un paquete de medidas y resultados que ejemplifican el peor aspecto de la práctica médica y de la política educativa contemporánea.

En la información sobre la Ritalina que el fabricante, Ciba-Geigy suministra a los médicos, Ciba admite que desconoce cómo funciona esta droga y cómo se relacionan sus efectos con la condición del sistema nervioso central. Advierte de no usarla en chicos de menos de seis años y admite que se desconoce su grado de seguridad a largo plazo. También informa que en algunos casos los usuarios han manifestado supresión de crecimiento y de que existe alguna evidencia clínica de haber producido convulsiones en algunos pacientes.

La información luego pasa a los efectos secundarios en potencia, y éstos son tan aterradores que lo citaré directamente (las *italicas* son *mías*):

Nerviosidad e insomnio son las dos reacciones adversas más comunes, pero usualmente se controlan reduciendo la dosificación y omitiendo la droga en la tarde y noche. Otras reacciones incluyen hipersensibilidad (incluyendo sarpullido de la piel), urticaria

(partes de la piel hinchadas y con picares), fiebre, altralgia, dermatitis desplegable (*escamosidad cutánea*), eritema multiforme (*inflamación aguda de la piel*), con vestigios histopatológicos de vasculitis necrotizante (*destrucción de vasos sanguíneos*), y trombocitopenia púrpura (*un grave desorden de coagulación sanguínea*); anorexia; náusea; mareos; palpitaciones; jaqueca; disconesia (*deterioro del movimiento muscular voluntario*); aletargamiento; alteraciones en la presión sanguínea y pulso; taquicardia (*pulso rápido*); angina (*ataques espasmódicos de intenso dolor cardíaco*); arritmia cardíaca (*pulso irregular*); dolor abdominal y pérdida de peso durante una terapia prolongada.

Ha habido algunos escasos informes sobre el síndrome de Tourette. Se ha informado de psicosis tóxica en pacientes tomando esta droga; leucopenia (*reducción de los glóbulos blancos*) y/o anemia; unos pocos casos de pérdida de cabello. En niños, pérdida de apetito, dolor abdominal, pérdida de peso durante una terapia prolongada, insomnio, y puede ocurrir taquicardia con mayor frecuencia; sin embargo, también puede ocurrir cualquiera de las reacciones adversas listadas más arriba.

Este es el tipo de información sobre cada droga que el fabricante está obligado por ley a compartir con los médicos que la prescriben. Desgraciadamente la ley no requiere que los médicos que prescriben la droga compartan con Ud. la información sobre sus efectos perjudiciales o fatales en potencia. Es por eso que he ofrecido tanta información sobre la Ritalina, lo que también se aplica a sus contrapartes.

Si el maestro, el director, consejero o pediatra tratan de presionarle para que acepte un tratamiento químico para cambiar la conducta de su hijo, rechácelo de plano. No hay beneficio para el chico que justifique los riesgos, ni tampoco se los puede justificar para evitarle al maestro la molestia de que el chico hable a destiempo o se agite en su banco.

BUSQUE LA CAUSA EN LAS PRESIONES EMOCIONALES

Los padres no deben aceptar la evaluación magisterial de su

chico sobre sus deficiencias de comportamiento sin investigar si es que resultan de la interacción del maestro con el chico. Los conflictos irreconciliables de personalidad son comunes, y si ocurre uno entre su hijo y el maestro, quizá el problema sea el maestro por no comportarse equitativamente y simpáticamente con su chico. En ese caso, la solución es cambiar de maestro y no usar drogas para tratar de alterar la conducta del alumno.

Mientras Ud. está esforzándose para corregir las condiciones que están causando problemas con su hijo en la escuela, investigue por otros que pueden perturbarle en el hogar. Si se siente inseguro debido a tensiones entre los miembros de la familia, trate de resolver esos problemas o por lo menos, evite exponerlo a éstos. Si hay dificultades con sus compañeros de juego u otros fuera de casa, trate de resolverlos. Luego preste atención a la posibilidad de que su conducta hiperactiva pueda provenir de alergias alimentarias u otras. Hay evidencias substanciales de que los enfoques nutricionales pueden tener éxito en mejorar la condición emocional y el comportamiento.

Debo advertirle que su pediatra no estará de acuerdo con esta forma de ver las cosas. El finado Dr. Benjamín Feingold, pionero del control dietético del comportamiento hiperactivo, encontró un gran escepticismo entre los de la profesión médica. Esto no es sorprendente, porque los médicos rechazan crónicamente todas las soluciones no médicas de los problemas que, según creen, son de su exclusiva propiedad. No deje Ud. que esto le desaliente. Los síntomas del sistema nervioso relacionados con la hipersensibilidad alimentaria han sido descritos por un observador tras otro durante por lo menos medio siglo. Más recientemente, apareció un gran número de evidencias clínicas demostrando que la dieta Feingold funciona en muchos niños.

Los resultados del Dr. Feingold han sido duplicados por muchos otros. El Dr. William G. Crook, pediatra y especialista en alergias de la Clínica para Niños en Jackson, Estado de Tennessee, informó acerca de otro estudio en un simposio sobre alergias. Dijo que en un estudio de más de 100 niños hiperactivos, la hiperactividad estaba relacionada con una alergia alimentaria en un 75 % de los casos.

El Dr. Crook observó precisamente lo mismo que el Dr.

Feingold, y lo que han experimentado numerosos padres: los niños pueden ser ayudados usando dietas eliminatorias para identificar los alimentos ofensivos. Identificó la leche de vaca y el azúcar refinada de caña entre los culpables principales en una lista que también incluía maíz, trigo, huevos, soja, citrus y otros.

¡Si tiene Ud. un hijo hiperactivo con problemas de conducta, no lo trate con las drogas recetadas por su médico hasta haber determinado qué éxito puede Ud. tener con los alimentos que puede dejar de comprar en el supermercado!

CUESTIONE EL DIAGNOSTICO DEL PERJUICIO CEREBRAL

Debe Ud. desconfiar mucho si le sugieren que las pautas de comportamiento de su hijo provienen de alguna forma de perjuicio o desorden cerebral. Por supuesto, algunos chicos pueden tener estas condiciones, pero su incidencia es mucho menor que la de los casos diagnosticados. La psiquiatría es una ciencia tan imprecisa, si es que puede llamársela ciencia, que raramente concuerdan sus practicantes sobre un diagnóstico. Se han realizado experimentos indicando que los psicólogos y psiquiatras pueden concordar entre sí sobre un diagnóstico en sólo un 54 % de las veces. Esto se acerca tanto a la ley de promedios que sería necesario consultar a un taxista y un carpintero para obtener el mismo resultado.

De todas maneras y basado en un diagnóstico cuestionable, su chico puede ser sometido a una psicoterapia si su comportamiento varía de lo que un practicante de salud mental considera la *norma*. Ciertamente es que los chicos correctamente diagnosticados como teniendo un perjuicio cerebral o neurológico o psicosis pueden beneficiarse con el tratamiento. Pero en verdad es poca la evidencia de que ayude un asesoramiento psiquiátrico, mientras que hay considerable evidencia de que tales prácticas intensifican los problemas psico-emocionales del niño.

Las faltas de adecuación de la psicoterapia se han revelado repetidas veces en estudios continuados de poblaciones expuestas a tratamiento psiquiátrico. Un estudio bien conocido señala

que la tasa de remisión espontánea en pacientes con condiciones psiquiátricas es de 70 % tanto para adultos como para niños. Otro estudio, informando sobre un estudio continuo de 20 años realizado con pacientes de la Universidad de Wisconsin, comparaba pacientes asesorados con otros que solicitaron asesoramiento, pero nunca lo recibieron. ¡La conclusión más positiva que pudo determinar el estudio fue que *parecía que el asesoramiento no causaba daño!*

Otro estudio, con jóvenes en Cambridge y Somerville, en Massachusetts, era aún menos tranquilizador. Comparaba un grupo que durante cinco años había recibido asesoramiento psiquiátrico, en base individual con un asesor personal, con otro grupo que no había recibido ningún asesoramiento. Casi sin excepción, parecía que la terapia psicológica habría tenido un efecto *negativo* sobre estos jóvenes en la vida futura. Iniciado en 1939, este estudio continuo de 30 años descubrió una sólida correlación entre la terapia y el comportamiento criminal. Había más hombres que recibieron la psicoterapia cuando jóvenes, convictos por crímenes graves y crímenes múltiples que los que no habían recibido psicoterapia. Los que habían tenido contacto más prolongado y constante con sus asesores tenían la incidencia más elevada de comportamiento antisocial y criminal.

Finalmente, un repaso realizado en 1980 de 120 estudios de psicoterapia para delincuentes juveniles descubrió que los que habían recibido asesoramiento anduvieron peor, en términos de conducta subsiguiente, que los que no lo habían recibido. Un informe sobre esta investigación en el periódico *Globe & Mail* de Toronto, lo resumía en un párrafo:

Si deseamos que un delincuente juvenil deje de robar, violar y apalear a la gente, no debemos enviarlo a un asistente social, a un psicólogo, a un grupo hogareño, a una comunidad terapéutica, ni tampoco realizar cualquier esfuerzo para asesorar a su familia. Todos estos esfuerzos fracasan y algunos pueden volverlo aún más violento que cuando comenzó.

Existen, con seguridad, algunos desórdenes neurológicos y mentales específicos de la infancia que provienen de perjuicios

cerebrales y neurológicos. Muchos de éstos son consecuencia de intervenciones médicas, ya discutidas en este libro, por ejemplo: parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de Tourette, autismo, etc.

Si su chico es víctima de una de estas condiciones, es adecuado obtener ayuda profesional, aunque si sólo fuera para explorar nuevos tratamientos que pudieran aparecer, por ejemplo, los métodos de suplementación nutricional en el manejo del mongolismo y otras causas de retardo mental promovidos por el Dr. Henry Turkel de Detroit y la Dra. Ruth Harrell, de la Universidad Old Dominion. Sin embargo, si su hijo está sufriendo por este tipo de condición — y no por manifestaciones de conducta que sólo lo hacen más difícil de manejar que otros chicos — Ud. conocerá la diferencia. Su mejor acto es solicitar ayuda profesional cuando es claramente necesaria, pero evítela si le dicen que su hijo sufre de *dificultad para aprender*, o de un *desorden de atención deficitaria*, o cualquier otra condición vagamente definida. ¡Los profesionales de la salud mental aún deben probar que estos supuestos desórdenes *existen!*

Capítulo XIX

INMUNIZACIONES:

¿UNA BOMBA DE TIEMPO MEDICINAL?

La peor amenaza de las enfermedades de la infancia se esconde tras los esfuerzos peligrosos e ineficaces para prevenirlas a través de inmunizaciones masivas.

Mientras escribo estas líneas, sé que para Ud. este concepto será difícil de aceptar. Las inmunizaciones han sido publicitadas de una manera tan artera y agresiva que en su mayor parte, los padres las consideran un *milagro* que ha eliminado numerosas enfermedades antes temidas. En consecuencia, cualquiera que se les opone queda calificado como temerario. El hecho de que un pediatra ataque lo que se ha convertido en el *pan de cada día* para la práctica pediátrica equivale a un sacerdote católico negando la infalibilidad del Papa.

En este conocimiento, sólo me queda esperar que mantendrá Ud. cierta imparcialidad mientras formulo mi alegato. Gran parte de lo que nos han hecho creer sobre las inmunizaciones simplemente no es cierto. No sólo tengo mis graves reservas a su respecto; si debiera seguir mis profundas convicciones al escribir este capítulo, le exhortaría que rechazara *todas* las inoculaciones para su hijo. No lo haré, porque en la mitad de los Estados de este país (Estados Unidos) los padres han perdido el derecho de tomar esa decisión. Los médicos, y no los políticos, han

influido exitosamente para que se dictaran leyes obligando a los padres a inmunizar a sus hijos como requisito previo a su admisión a la escuela.

Sin embargo, aún en aquellos Estados podrá Ud. persuadir a su pediatra que elimine el componente de la tos convulsa de la triple vacuna. Esta inmunización, que parece ser la más amenazadora de todas, es tema de tanta controversia que muchos médicos dudan en utilizarla por temor a recibir una demanda por malpraxis. Y, en verdad, es un temor fundado, porque en un caso reciente en Chicago, un niño perjudicado por una inoculación de tos ferina obtuvo una compensación de cinco millones quinientos mil dólares. Si este es el estado mental de su médico, explote Ud. ese temor, porque lo que está en el tapete es la salud de su hijo.

Aunque yo mismo las he administrado durante mis primeros años de práctica, me he convertido en un oponente irreductible de la inoculación masiva debido a los miles de riesgos que presenta. El tema es tan vasto y complejo que merece su propio libro. Por lo tanto, deberé contentarme con resumir mis objeciones al fanático celo con el cual los pediatras inoculan ciegamente proteínas extrañas en el cuerpo de su chico sin saber el perjuicio eventual que puedan causar.

Resumo mi preocupación:

1. *No existe una evidencia científica convincente de que pueda acreditarse a la inoculación masiva con la eliminación de cualquier enfermedad de la infancia.* Aunque es cierto que algunas de las enfermedades de la infancia antes comunes han disminuido o desaparecido desde que se introdujeron las inoculaciones, nadie realmente sabe por qué, aunque es posible que la razón se encuentre en la mejora de las condiciones de vida. Si las inmunizaciones fueran responsables por la desaparición de estas enfermedades en los Estados Unidos, debiéramos preguntarnos por qué han desaparecido simultáneamente en Europa, donde no se han efectuado inmunizaciones masivas.

2. *Es común la creencia de que la vacuna Salk es responsable por detener la epidemia de polio que plagaba a los niños de Norteamérica durante los años 40 y 50. Si así fuera,*

¿por qué también se detuvo la epidemia en Europa, donde no se usó la vacuna antipoliomielítica con tanta difusión? De mayor relevancia, ¿por qué razón continúan inoculando a niños con la vacuna Sabin de virus vivo cuando el Dr. Jonas Salk, pionero de la primera vacuna, ha señalado que la vacuna Sabin está ahora causando la mayor parte de los casos de polio que aparecen? Continuar forzando esta vacuna en niños es un comportamiento médico irracional que simplemente confirma lo que siempre digo, y es que los médicos repiten permanentemente sus errores. Con la vacuna antipolio estamos confirmando un reestreno de la reluctancia médica por abandonar la vacuna antivariólica, que continuó siendo la única fuente de mortalidad relacionada a la viruela tres décadas después que desapareciera la enfermedad.

¡Piense en esto! Durante 30 años han muerto chicos debido a la vacuna antivariólica aunque ya no estaban más amenazados por la enfermedad.

3. *Existen riesgos significativos asociados con cada una de las inmunizaciones y numerosas contraindicaciones de que pueda ser peligroso dárselas a los niños.* Y, sin embargo, los médicos siguen recetándolas como rutina, por lo general sin advertir a los padres de sus peligros y sin determinar si la inmunización está contraindicada para el niño. Ningún chico debiera ser inmunizado sin tomar esa determinación, ¡y, sin embargo, en las clínicas hacen cola pequeños ejércitos de chicos para recibir como rutina y sin chistar una inyección en el brazo!

4. *Mientras son conocidos los innumerables peligros a corto plazo de la mayor parte de las inmunizaciones (aunque raramente explicados), nadie conoce las consecuencias a largo plazo de inyectar proteínas extrañas en el cuerpo de su chico.* Y lo más chocante es que nadie se está esforzando por descubrirlo.

5. *Existe una creciente sospecha de que la inmunización contra las relativamente inocuas enfermedades infantiles puede ser responsable por el aumento dramático de enfermedades autoinmunitarias desde que se introdujeron las inoculaciones masivas.* Son las terribles enfermedades tales como el cáncer, leucemia, artritis reumatoidea, esclerosis

múltiple, la enfermedad de Gehrig, el lupus eritematoso y el síndrome de Gillain-Barre. Podemos explicar simplemente una enfermedad autoinmunitológica como una condición en la cual los mecanismos defensivos del cuerpo no distinguen entre los invasores extraños y los tejidos corporales ordinarios, con la consecuencia de que el cuerpo comienza a destruirse. ¿Habremos trocado las paperas y el sarampión por el cáncer y la leucemia? (*)

Enfatice estas preocupaciones porque es probable que su pediatra no se las advertirá. En el Foro de la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP), en 1982, se propuso una solución que podría haber ayudado a asegurar que los padres fueron informados sobre los riesgos y beneficios de las inmunizaciones. La resolución exhortaba que la *"AAP facilitara en palabras claras y concisas la información que un padre razonable quisiera tener sobre los beneficios y riesgos de las inmunizaciones de rutina, los riesgos de las enfermedades prevenibles con inmunizaciones y el manejo de las reacciones comunes adversas de las inmunizaciones"*. ¡Aparentemente la asamblea de médicos no creía que un *padre razonable* tuviera derecho a recibir este tipo de información porque *rechazó la resolución*!

La amarga controversia sobre el tema inmunizaciones rugiendo ahora dentro de la profesión médica no escapó a la atención de la prensa. Una creciente cantidad de padres están rechazando las inmunizaciones para sus hijos y por tal motivo enfrentando consecuencias legales. Los padres cuyos hijos han sido dañados permanentemente por las vacunas ya no lo aceptan como cosas del destino sino entablando juicio por malpraxis a los laboratorios y médicos que administran la vacuna. Algunos laboratorios han dejado de prepararlas y año tras año los laboratorios restantes expanden las listas de contraindicaciones para su uso. Mientras tanto, como las inmunizaciones de rutina que obligan al paciente a visitar repetidas veces el consultorio constituyen el pan de cada día para la especialidad, los pediatras continúan defendiéndolas a muerte.

(*) Nota Trad.: El Dr. Mendelsohn escribió un artículo en 1988 sobre la relación entre la vacuna antivariólica y la epidemia de SIDA en Africa y Brasil. El lector lo encontrará en el Apéndice.

La pregunta que debieran formular los padres es: ¿la muerte de quién?

Como padre o madre sólo Ud. puede decidir si rechaza la vacuna o arriesga aceptarla para su hijo. Pero, permítame exhortarle que antes de inmunizar al niño se entere de los riesgos y beneficios potenciales y exija que su pediatra defienda las inmunizaciones que recomienda.

Me ocuparé más detalladamente de cada una de las inmunizaciones que se administran más comúnmente en discusiones subsiguientes de cada enfermedad a la cual se aplican. Si decide Ud. que no desea que inmunicen a su hijo, pero si las leyes de su Estado le obligan a hacerlo, podré ofrecerle algunas sugerencias para que recupere su libertad de elección.

En este libro no trataré de cubrir todas las enfermedades más oscuras y mortales. Pero en las próximas páginas de este capítulo describiré las enfermedades más comunes que podrán afectar a su hijo.

PAPERA

Esta es una enfermedad virósica relativamente inocua, usualmente experimentada durante la infancia, que causa la hinchazón de una o de las dos glándulas salivares (parótidas) ubicadas justo debajo y frente a las orejas. Los síntomas típicos son temperaturas de 37 1/2 a 40 grados, pérdida de apetito, dolor de cabeza y de espalda. Por lo general la hinchazón de las glándulas comienza a disminuir después de dos o tres días y desaparece para el sexto u octavo. Pero a veces puede afectarse primero una glándula y la segunda hasta 10 - 12 días después. La infección de uno u otro lado confiere una inmunidad vitalicia.

La papera no precisa tratamiento médico. Si su chico la tiene, trate de mantenerlo en cama 2 - 3 días, ofrézcale una dieta blanda y muchos fluidos y use empaques de hielo para reducir la hinchazón. Si el dolor de cabeza es fuerte, puede darle pequeñas cantidades de whisky o acetaminógeno. 10 gotas de whisky para un bebé pequeño y hasta 1 1/2 cucharaditas a un bebé más grande. Si es necesario, la dosis puede repetirse una hora después y una vez más una hora después.

En gran parte los niños están inmunizados contra la papera junto con el sarampión y la rubeola (vacuna PSR); ésta se da alrededor de los 15 meses de edad. Los pediatras defienden esta inmunización argumentando que aunque la papera no es una enfermedad grave en niños, si no reciben inmunidad cuando niños, pueden experimentar la enfermedad a la edad adulta. Y en ese caso, el adulto puede tener orquitis, condición que afecta los testículos y que en algunos raros casos puede producir esterilidad.

Si la esterilidad total como consecuencia de orquitis fuera una amenaza significativa y si la vacuna asegurara que el varón adulto no la sufriría, yo mismo me encontraría entre los médicos que exhortarían la inmunización. Pero no lo estoy, porque su argumento carece de sentido. ¡Raramente la orquitis causa esterilidad, y cuando lo hace, y debido a que generalmente sólo afecta a un testículo, la producción de espermatozoides del testículo no afectado podría repoblar el mundo! Nadie sabe que la vacuna confiere inmunidad hasta pasada la edad adulta. En consecuencia, podría ser que si un chico es inmunizado a los 15 meses y no tiene papera durante su infancia, la tenga y sufra serias consecuencias si la contrae en la edad adulta.

Si la inmunización contra la papera se da para proteger al varón adulto contra una orquitis, y no para prevenir que un niño tenga papera, parecería razonable administrarla solamente a los varones que no han desarrollado inmunidad natural cuando llegan a la pubertad. Entonces estarían más seguros de verse protegidos como adultos. De esta forma todas las niñas e incontables varones evitarían las consecuencias latentes de una vacuna peligrosa.

No encontrará Ud. pediatra que se lo diga, pero los efectos secundarios de la vacuna antipapera pueden ser graves. En algunos niños causa reacciones alérgicas, tales como sarpullido, picazón y magulladuras. También los puede exponer a problemas del sistema nervioso central, incluyendo ataques febriles, sordera nerviosa unilateral, y encefalitis. Es verdad que estos riesgos son mínimos, ¿pero por qué razón debiera sufrir su hijo por el afán de evitar una enfermedad inocua durante la infancia y arriesgar tenerla en forma mucho más grave a la edad adulta?

SARAMPION

El sarampión es una enfermedad virósica que puede contagiarse con sólo tocar un objeto utilizado por una persona infectada. Al principio el paciente se siente cansado, tiene una fiebre benigna y dolores de cabeza y espalda. Sus ojos enrojecen y pueden sensibilizarse a la luz. La fiebre se eleva hasta el tercer o cuarto día, cuando alcanza a los $39\frac{1}{2}$ - 40 grados. A veces aparecen pequeños puntos blancos dentro de la boca y un sarpullido de pequeños puntos rojos bajo la línea del cabello y detrás de las orejas. Este sarpullido se difunde hacia abajo y cubre todo el cuerpo dentro de unas 36 horas. Los puntos rojos pueden correr juntos pero se esfuman en tres a cuatro días. El sarampión es contagioso durante siete, ocho días; comenzando tres o cuatro días antes de aparecer el sarpullido. Por lo tanto, si uno de sus chicos cae con sarampión, probablemente habrá expuesto a los demás antes que Ud. sepa que el primero está enfermo.

El sarampión no necesita tratamiento; sólo reposo en cama, fluidos para combatir una posible deshidratación debida a la fiebre y una loción de calamina o baños con almidón de maíz para aliviar la picazón. Si el niño sufre de fotofobia, deben bajarse las persianas del cuarto para oscurecerlo. Pero, contrariamente al mito popular, no hay peligro de ceguera permanente debido a esta enfermedad.

La vacuna del sarampión forma parte de la inoculación PSR dada durante la tierna infancia. Los médicos afirman que la inoculación es necesaria para prevenir la encefalitis sarampionosa que, según dicen, ocurre en uno de cada mil casos. Luego de décadas de experiencia con el sarampión, cuestiono esta estadística y también lo hacen muchos otros pediatras. La incidencia de 1/1000 puede ser acertada para niños viviendo en la pobreza y desnutrición, pero en las clases de ingresos medianos y elevados, si excluimos un simple adormecimiento producido por el sarampión, la incidencia de verdadera encefalitis es probablemente de 1/10.000 o 1/100.000.

Luego de asustarle con la posibilidad remota de una encefalitis sarampionosa, será bastante improbable que su médico le informe de los peligros asociados con la vacuna usada para

prevenirla. La vacuna contra el sarampión está asociada con la encefalopatía y con una serie de otras complicaciones tales como la panencefalitis esclerótica sub-aguda, causando endurecimiento del cerebro; invariablemente fatal por otros no encefalopáticos. Otras condiciones neurológicas y a veces fatales asociadas con la vacuna antisarampionosa incluyen ataxia (incapacidad para coordinar los movimientos musculares), retardo mental, meningitis aséptica, desórdenes convulsivos y hemiparesia (parálisis que afecta un lado del cuerpo). Las complicaciones secundarias asociadas con la vacuna pueden ser aún más aterradoras. Incluyen encefalitis, panencefalitis esclerosa sub-aguda, esclerosis múltiple, necrosis epidérmica tóxica, shock anafiláctico, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barre, desórdenes en la coagulación sanguínea, principio de diabetes juvenil y hasta una relación con la enfermedad de Hodgkin y cáncer. Esto es lo que Consideraría inaceptables los riesgos asociados con esta vacuna aún si tuviéramos evidencia convincente de que funciona. Pero no la hay. Aunque hubo una declinación en la incidencia de sarampión, ésta se inició mucho antes de que se introdujera la vacuna. En 1958 hubo unos 800.000 casos de sarampión en los Estados Unidos, pero para 1962 — el año antes que apareciera la vacuna — el número de casos había bajado a 500.000 casos. Durante los cuatro años siguientes, cuando se vacunaba a los chicos con la inefectiva de *virus muerto*, ahora abandonada, el número de casos bajó a 200.000. En 1960 hubo 13.3 muertos por sarampión por cada 100.000. Para el año 1955, antes de que saliera la primera vacuna, la tasa de mortalidad había declinado 97.7% a una mortalidad de sólo 0.03 por 100.000.

Estas cifras solas constituyen una evidencia impactante de que el sarampión estaba desapareciendo antes de introducir la vacuna. Si a Ud. esto no le convence, considere lo siguiente: en un estudio en 30 Estados realizado en 1978, más de la mitad de los niños que habían tenido sarampión fueron vacunados. Además, y según la Organización Mundial de la Salud, las posibilidades de que los vacunados tengan sarampión son quince veces mayores que las de los no vacunados.

Podría Ud. preguntarse ante estos hechos por qué razón los

médicos continúan dando estas vacunas. La respuesta puede estar en un episodio que ocurrió en California 14 años después de introducir la vacuna antisarampionosa. Los Angeles sufrió una grave epidemia de sarampión ese año; se exhortó a los padres que vacunaran a todos sus hijos de seis meses y más — a pesar de una advertencia del Servicio Público de Salud diciendo que vacunar a los niños de menos de un año de edad era inútil y potencialmente perjudicial.

Aunque los médicos de Los Angeles reaccionaron inoculando rutinariamente la vacuna antisarampionosa a todo chico que se les ponía a mano, varios médicos locales familiarizados con los problemas sospechados de fracaso inmunológico y los peligros de los *virus lentos* prefirieron no vacunar a sus propios hijos pequeños. Diferentemente a sus pacientes, a quienes no se les dijo, sabían que los *virus lentos* encontrados en todas las vacunas vivas y, en especial, en la antisarampionosa, pueden ocultarse en el tejido humano durante años. Más tarde pueden emerger en forma de encefalitis, esclerosis múltiple y como gérmenes potenciales para el desarrollo y crecimiento del cáncer.

Un médico de Los Angeles quien se negó a vacunar a su hijo de 7 meses, dijo: "Me preocupa por lo que puede suceder cuando no sólo el virus de la vacuna ofrece poca protección contra el sarampión, sino que también permanece en el cuerpo, funcionando de una manera que no conocemos mucho". Sin embargo, su preocupación por la posibilidad de que su niño tuviera estas consecuencias no le impidió vacunar a sus pacientes bebés. Racionalizó esta conducta contradictoria comentando: "Como padre, puedo darme el lujo de establecer una elección en lo que respecta a mi chico. Como médico, debo aceptar legal y profesionalmente las recomendaciones de la profesión, y eso es lo que también tuvimos que hacer en el asunto de la vacuna porcina".

Quizá haya llegado la hora en la cual los padres no profesionales y sus hijos puedan darse los mismos lujos de los médicos y sus hijos.

RUBEOLA

En el niño, la rubeola es una enfermedad benigna que no requiere tratamiento médico. Los síntomas iniciales son fiebre

y un ligero resfrío acompañado de un dolor de garganta. Reconocemos que es algo más cuando aparece en el rostro y cuero cabelludo un sarpullido que se difunde a los brazos y cuerpo. Los puntos no corren juntos como sucede con el sarampión y por lo general se van esfumando después de dos a tres días. El paciente debe descansar y recibir bastantes fluidos, pero ningún otro tratamiento.

La amenaza de la rubeola es la posibilidad de que causa daño al feto si la mujer contrae la enfermedad durante el primer trimestre del embarazo. Se utiliza este temor para justificar la inmunización de todos los niños y niñas, como parte de la inoculación PSR. Los méritos de esta vacuna son cuestionables esencialmente por las mismas razones que se aplican a la vacuna contra la papera. No hay necesidad de proteger a los niños contra esta enfermedad benigna, por lo tanto las reacciones adversas de la vacuna son inaceptables en términos de beneficio para el niño. Estas reacciones pueden incluir artritis, artralgia (dolor en las articulaciones) y polineuritis, que produce dolor, entumecimiento o picazón en los nervios periféricos. Aunque por lo general estos síntomas son pasajeros, pueden durar varios meses y pueden no ocurrir hasta tanto como dos meses después de la vacuna. Debido a ese lapso de tiempo, los padres podrán no identificar la causa de dichos síntomas cuando aparecen.

El mayor riesgo de esta vacuna es la posibilidad de que pueda negar a la madre embarazada la protección de la inmunidad natural a esta enfermedad. Al prevenirla durante la infancia, la vacuna puede aumentar para la mujer el riesgo de rubeola durante sus años reproductores. En este respecto, mi preocupación es compartida por numerosos médicos. En Connecticut, un grupo de médicos encabezados por dos epidemiólogos eminentes, han conseguido hacer borrar esta vacuna de la lista de inmunizaciones obligatorias.

Un estudio tras otro ha demostrado que numerosas mujeres inmunizadas contra la rubeola cuando eran niñas no ofrecían evidencia de inmunidad en análisis de sangre tomados durante la adolescencia. Otras pruebas indican una alta tasa de fracaso inmunológico en niños que recibieron vacunas contra la rubeola, sarampión y papera, sea en forma separada o combinada.

Finalmente la pregunta crucial aún no contestada es si la inmunidad inducida por la vacuna es tan eficaz y duradera como la inmunidad natural que ofrece la propia enfermedad. Una gran proporción de niños no indica evidencia inmunológica en análisis de sangre tomados sólo después de cuatro o cinco años de la vacuna.

El significado es tanto obvio como alarmante. Durante la infancia, la rubeola es una enfermedad benigna y confiere total inmunidad a los que la contraen, significando que no la tendrán a la edad adulta. Antes de que los médicos comenzaran a dar la vacuna contra la rubeola se estimó que un 85 % de los adultos eran totalmente inmunes a la enfermedad.

Hoy, debido a la inmunización, una vasta mayoría de mujeres nunca adquiere la inmunidad natural. Si esta inmunidad artificial inducida por la vacuna desaparece pueden sufrir rubeola durante la preñez y con el consiguiente perjuicio para el feto.

Como soy escéptico por naturaleza, siempre he considerado que la forma más confiable de determinar lo que la gente realmente cree es observando lo que hace, y no lo que dice. Si la amenaza mayor de la rubeola no se dirige a los niños, sino al feto por nacer, la madre embarazada debiera estar protegida contra la rubeola asegurándose de que su obstétrico no le de la enfermedad. Empero, en un estudio realizado en California y publicado en el *Journal of the American Medical Association*, más de un 90 % de los obstétricos y ginecólogos se negaban a ser vacunados. ¿Si los mismos médicos sienten miedo por la vacuna, por qué en nombre del cielo la ley nos obliga a permitirles que vacunen a nuestros chicos?

TOS CONVULSA (o FERINA)

La tos convulsa es una enfermedad bacteriana extremadamente contagiosa usualmente transmitida a través del aire por una persona infectada. El período de incubación es de 15 - 17 días. Los síntomas iniciales son indistinguibles de los del resfrío común: fluidos nasales, estornudos, inquietud y pérdida de apetito, algún lagrimeo y a veces una fiebre benigna.

Al progresar la enfermedad, la víctima sufre una fuerte tos

de noche. Más tarde se produce también durante el día. Dentro de 7 - 10 días después de los primeros síntomas la tos se volverá paroxismal. El niño podrá toser una docena de veces con cada respiración y su rostro podrá oscurecerse con un tinte azulado o purpúreo. A menudo esta enfermedad se acompaña de vómitos.

La tos ferina puede atacar a cualquier edad, pero más de la mitad de los casos se producen antes de los dos años de edad. Puede ser grave y llegar a amenazar la vida, especialmente en niños pequeños. Las personas infectadas pueden transmitirla durante aproximadamente un mes después de la aparición de los síntomas iniciales; por lo tanto es importante aislar el enfermo y en especial, tratar que no tenga contacto con otros niños.

Si su niño contrae tos convulsa, no hay tratamiento específico que pueda dar el doctor, ni tampoco uno que pueda Ud. aplicar en el hogar, fuera de cuidar que el niño descanse y darle comodidad y consuelo. A veces se utilizan supresores de tos, pero raramente son prácticos y no los recomiendo. Sin embargo, si un niño pequeño se enferma con tos convulsa, es mejor consultar a un médico porque podrá ser necesario que reciba atención hospitalaria. Las amenazas básicas para el bebé son exhaustión por la tos y pulmonía. Hubo casos de bebés muy chicos que sufrieron fracturas de costilla debido a la fuerte tos.

Se da la inmunización contra la tos ferina junto con la triple para difteria y tétano (DPT en inglés). Aunque esta vacuna se ha usado desde hace décadas es la inmunización más controvertida. Persisten dudas sobre su eficacia, y muchos médicos comparten mi preocupación de que los efectos secundarios potencialmente perjudiciales de la vacuna puedan ser mayores que los supuestos beneficios.

El Dr. Gordon T. Stewart, principal del departamento de medicina comunitaria de la Universidad de Glasgow en Escocia, es uno de los críticos más vigorosos de la vacuna antiferina. Dice que la apoyó antes de 1974, pero que entonces comenzó a observar epidemias de tos ferina entre niños que habían sido vacunados. *"Ahora en Glasgow"* dice, *"un 30 % de nuestros casos de tos convulsa ocurren en pacientes vacunados. Por esto considero que la vacuna no es para nada protectora"*.

Como en el caso de otras enfermedades infecciosas, la

mortalidad había comenzado a declinar antes de que existiera la vacuna. Esta no fue introducida hasta 1936, pero la mortalidad por esta enfermedad ya había estado declinando en forma sostenida desde el año 1900 o antes. Según Stewart, *"la declinación en la mortalidad por pertusis era de un 80 % antes de que se usara la vacuna"*. Comparte mi punto de vista de que el factor clave en el control de la tos convulsa no sea probablemente la vacuna sino la mejora en las condiciones de vida entre las víctimas potenciales.

Otros en mi profesión no actúan tiernamente con los médicos que cuestionan sus amadas vacunas. En 1982, aparecí en un documental de una hora en la televisión NBC dedicado a la controversia sobre la vacuna contra la tos convulsa. Allí comenté que *"el peligro de la vacuna es mucho mayor de lo que los médicos presentes admiten"*. En Julio de 1982, el *Journal of the American Medical Association*, en un vitriólico ataque contra dicho programa televisivo, acusaba que la red utilizaba *expertos dudosos* para denigrar la vacuna endilgándoles credenciales falsas. Luego procedió a atacar mis credenciales.

No siento apremio alguno para defenderme contra la AMA (Asociación Norteamericana de Medicina) que, a través de los años, ha debido gastar una porción inmoderada de su presupuesto para su propia defensa. Empero, es instructivo leer lo que la misma edición decía sobre los riesgos de la vacuna contra la tos ferina. Citaré lo que declaró y dejaré que juzgue Ud. si para mí era inapropiado cuestionar su utilización:

Por supuesto, para los profesionales de la salud los peligros de la DPT no son desconocidos. Los componentes de la antidiftérica y antitetánica, dados antes de que se agregara la de pertusis a fines de los años 40, son toxoides parcialmente purificados y considerados de poco riesgo. El componente pertusis de célula total, consistiendo de cuatro unidades de antígeno de pertusis por 0.5 ml. de la triple es reconocido universalmente como *relativamente imperfecto y tóxico, y es de esperar ansiosamente la llegada de una versión más segura* (las itálicas son mías).

Casi desde el inicio de la inmunización difundida de la DPT, se han informado sobre severas reacciones, empezando por el estudio

de Byer y Moll de una encefalopatía asociada a la vacuna en 1948. La incidencia de tales reacciones no ha sido firmemente establecida. Parece ser bastante seguro que los ataques asociados a la vacuna, aunque inusuales, son considerablemente más comunes que el perjuicio al cerebro o menoscabo residual secundario a tales ataques.

Es obvio por esta declaración que la AMA no niega que la vacuna pertusis sea peligrosa y que tiene efectos secundarios potencialmente alarmantes. ¡Su preocupación es debida a que la atención de los medios publicitarios permite que los recipientes de la vacuna conozcan sus riesgos!

Si no es apropiado que un médico comparta con el paciente su saber sobre los riesgos de la inmunización, me declaro culpable de los cargos. Los efectos secundarios comunes de la vacuna pertusis, que reconoce el *Journal* de la AMA son fiebre, arranques de llanto, estado de shock, y efectos en la piel como hinchazón, enrojecimiento y dolor. Otros efectos menos frecuentes pero más graves incluyen convulsiones y perjuicio cerebral permanente resultando en retardo mental. También se ha vinculado esta vacuna con el Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SIDS en inglés). En 1978 - 79, durante la expansión del programa de inmunización infantil, se informaron ocho casos de SIDS inmediatamente después de la inmunización de rutina de la DPT.

Las estimaciones sobre la cantidad de vacunados con la vacuna pertusis protegidos contra la enfermedad van de 50 a 80 %. Según el *Journal* del AMA, los casos informados de tos convulsa en los Estados Unidos totalizan un promedio de 1000 - 3000 por año y las muertes 5 - 20 por año.

Mi pregunta es esta: ¿Tiene sentido exponer a millones de chicos cada año a los riesgos potenciales de la vacuna para proveerles una dudosa protección contra una enfermedad raramente vista?

DIFTERIA

Aunque en la época de la abuela fue una de las más temidas entre las enfermedades de la infancia, ahora la difteria casi ha

desaparecido. En 1980 se informaron sólo cinco casos en los Estados Unidos. La mayor parte de los médicos insiste en afirmar que la declinación es debida a la vacuna DPT, pero existe amplia evidencia de que ya estaba disminuyendo la incidencia de difteria antes de que se aplicara la vacuna.

La difteria es una enfermedad bacteriana altamente infecciosa que se difunde por la tos y estornudo de las personas infectadas o por tocar objetos que éstas han tocado. El período de incubación es de dos a cinco días y los primeros síntomas son dolor de garganta, dolor de cabeza, náuseas, tos y una fiebre de 37 3/4 a 40 grados. Al progresar la enfermedad, pueden observarse manchas blancuzcas sobre las amígdalas y la garganta. Estas causan hinchazón en la garganta y laringe dificultando el tragar y, en algunos casos, puede obstruir hasta tal punto la respiración que la víctima muere por ahogo. La enfermedad requiere atención médica y puede tratarse con antibióticos, como la penicilina y la eritromicina.

Hoy un niño tiene tanta posibilidad de tener difteria como de ser picado por una víbora cobra. Y, sin embargo, se inmunizan millones de chicos contra esta enfermedad con inyecciones repetidas a los 2, 4, 6 y 18 meses y luego otra al entrar en la escuela. Esto a pesar de la evidencia de más de 12 años de escasos casos donde los chicos inmunizados se enferman de igual manera que los no inmunizados. Durante un brote de difteria en Chicago, en 1969, la Junta Sanitaria de la ciudad informó que 4 de las 16 víctimas habían sido plenamente inmunizadas y que 5 más habían recibido una o más dosis de la vacuna. Dos de estos segundos indicaron una inmunidad completa. Un informe sobre otro brote en el cual murieron 3 personas, reveló que uno de los casos fatales y 14 de 23 infectados habían sido plenamente inmunizados.

Episodios como estos destruyen el argumento de que puede acreditarse a las inmunizaciones la eliminación de la difteria o de cualquier otra enfermedad infantil antes prevalente. ¿Si la inmunización merecía el crédito, cómo pueden explicar esto sus defensores? En los Estados Unidos sólo la mitad de los Estados obligan por ley a las inmunizaciones contra enfermedades infecciosas y el porcentaje de niños vacunados varía de un Estado a

otro. Como consecuencia, decenas de miles — quizá millones — de niños en áreas donde los servicios médicos son limitados y donde los pediatras son virtualmente inexistentes, nunca fueron vacunados contra enfermedades infecciosas y, por lo tanto, debieran ser vulnerables a éstas. Sin embargo, la incidencia de enfermedades infecciosas no se correlaciona si es o no legalmente obligatoria la inmunización.

Vista la escasez de la enfermedad, el tratamiento antibiótico efectivo disponible hoy en día, la cuestionable eficacia de la vacuna y el costo anual multimillonario de administrarla, y el siempre presente potencial de efectos peligrosos a largo plazo por esta o cualquier otra vacuna, considero que la continuada inmunización masiva contra la difteria es indefendible. Concedo que no se han identificado efectos perjudiciales significativos producidos por esta vacuna, pero eso no significa que no existan. ¡En el medio siglo desde que se usa la vacuna, no se ha iniciado una investigación para determinar cuáles pueden ser sus efectos a largo plazo!

VARICELA

Esta es mi enfermedad infantil favorita; primero porque es relativamente inocua y segundo porque es una de las pocas para las cuales ningún laboratorio ha fabricado una vacuna. La segunda razón podrá tener corta vida, porque mientras escribo estas líneas hay informes de que pronto aparecerá una vacuna contra la varicela.

La varicela es una infección virósica comunicable, muy común en niños. Generalmente los primeros signos son una fiebre benigna, dolor de cabeza y de espalda y pérdida de apetito.

Luego de un día o dos, aparecen unos puntos rojos que pocas horas después se agrandan, convirtiéndose en ampollas. Al final se forma una costra que se cae, usualmente dentro de una semana o dos. Este proceso se acompaña de una fuerte picazón, y en ese momento el niño no debe rascarse. Puede aplicársele loción de calamina, o darle baños con almidón de maíz para aliviar la picazón.

No es necesario solicitar tratamiento médico. El paciente

debe descansar y beber muchos fluidos para prevenir la deshidratación producida por la fiebre.

El período de incubación de la varicela es de dos a tres semanas, y es contagiosa durante unas dos semanas, comenzando dos días después de aparecer los puntos rojos. El niño debe ser aislado durante este período para no contagiar a otros.

ESCARLATINA

La escarlatina es otro ejemplo de enfermedad en un tiempo temida y virtualmente desaparecida. Si se hubiese desarrollado una vacuna para esta enfermedad, seguramente los médicos le acreditarían su eliminación. Pero como no hay vacuna, le dan el crédito a la penicilina, a pesar de que la enfermedad ya estaba desapareciendo antes de aparecer los antibióticos. Con toda probabilidad y como es el caso con otras enfermedades, la verdadera razón por la disminución de su incidencia es el mejoramiento de las condiciones de vida y nutrición.

Esta enfermedad recibió su nombre debido al sarpullido rojo que cubre el cuerpo de la víctima. Es causada por una infección estreptocócica y los síntomas iniciales son vómitos, dolores de cabeza, hinchazón de los nódulos linfáticos en el cuello y una fiebre de 38 1/2 a 40 1/2 grados. Por lo general esta enfermedad afecta a los niños de dos a ocho años y el sarpullido se desvanece en alrededor de una semana. Si su niño tiene escarlatina, lo que es bastante improbable, no necesita alarmarse porque no es más peligrosa que la infección de garganta (*strep*). Desaparecerá sola, pero si lleva el niño al doctor es probable que recete un antibiótico que su hijo realmente no necesita.

MENINGITIS

Una de las pasmosas incongruencias de la práctica médica contemporánea es la tendencia de los médicos por exagerar el tratamiento de enfermedades que no necesitan tratarse y errar el diagnóstico de enfermedades como la meningitis que merece todo su saber. Esta enfermedad es una inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal, llamadas

meninges. Los síntomas pueden incluir rigidez de nuca (aunque no necesariamente), un dolor de cabeza persistente, vómitos, fiebre y convulsiones en niños pequeños. La enfermedad puede ser causada por infecciones bacterianas, virósicas y fúngicas. Uno de los tipos bacterianos es particularmente contagioso porque las bacterias se encuentran en la garganta y también en el líquido céfalo-raquídeo.

La meningitis es remediable con un tratamiento, pero es esencial tener un diagnóstico precoz. A menudo los médicos erran al diagnóstico porque no toman en serio a la madre cuando informa de cambios significativos en la conducta del niño. También muchos fallan en dar una seria consideración a la posibilidad de meningitis a menos que el chico tenga rigidez de nuca.

Las consecuencias potenciales de errar el diagnóstico y de no tratar adecuadamente una meningitis son retardo mental y muerte. Si su hijo tiene una fiebre inexplicada durante tres o cuatro días, acompañada de adormecimiento, vómitos, *un lloro agudo* y posiblemente rigidez de nuca, es hora de sospechar una meningitis. Algunos de estos síntomas figuran también en casos de gripe. Es posible distinguir la meningitis por los últimos dos signos y, en especial, el lloro agudo. Si su niño presenta este cuadro, insista para que el médico realice los análisis apropiados que podrán incluir una punción lumbar. En tal caso, si no encuentra el canal espinal en el primer o segundo intento, dígame que no siga probando y búsquese otro doctor.

Los antibióticos han reducido la mortalidad por esta temible enfermedad de 95 a 5 %. Por tal motivo, es un asunto de vida o muerte tener un diagnóstico precoz y correcto.

TUBERCULOSIS

Los padres debieran tener el derecho de asumir, y en su mayor parte lo hacen, que las pruebas practicadas por el médico en su hijo producirán un resultado certero. La prueba de tuberculina de piel no es más que un ejemplo de un procedimiento analítico médico en el cual aquello definitivamente no es el caso. La misma Academia Norteamericana de Pediatría, que raramente tiene algo que objetar sobre los procedimientos que sus

miembros emplean por rutina, emitió una declaración criticando esta prueba. Según esta declaración:

Varios estudios recientes han suscitado dudas sobre la sensibilidad de algunas pruebas radiológicas para la tuberculosis. En este contexto, un panel reunido por la Oficina de Biología ha recomendado a los fabricantes que cada lote fuera controlado en 50 pacientes conocidos como positivos para asegurar que las preparaciones distribuidas en el mercado fueran suficientemente potentes para identificar a cualquiera que tenga tuberculosis activa. Sin embargo, como muchos de estos estudios no han sido realizados con dos grupos separados y/o incluyeron numerosas pruebas de piel administradas simultáneamente (por eso la posibilidad de suprimir las reacciones), la interpretación de las pruebas es difícil.

La declaración termina así: "Los *screenings* para la tuberculosis no son perfectos y los facultativos deben ser conscientes de la posibilidad de que pueden obtenerse tanto falsas reacciones negativas como falsas reacciones positivas".

En pocas palabras, su niño puede tener tuberculosis, aunque la prueba de tuberculina dé una lectura negativa. O podrá no tener tuberculosis pero a pesar de eso desplegar una prueba de piel positiva informando que es tuberculoso. Con muchos médicos esto puede conducir a consecuencias devastadoras. Casi con certeza, si esto le ocurre al chico, se expondrá a una irradiación innecesaria y peligrosa de una o dos radiologías de tórax. Luego, el médico podrá darle de tomar drogas peligrosas tales como el isoniazid durante meses o años "para prevenir el desarrollo de la tuberculosis". Hasta la misma AMA ha reconocido que los médicos han sobre-recetado indiscriminadamente el isoniazid. Esto es una vergüenza, debido a la larga lista de efectos secundarios sobre los sistemas nervioso y gastro-intestinal, la sangre, médula ósea, piel y glándulas endócrinas, producidos por dicha droga. Tampoco debe descartarse el peligro de que su chico se convierta en un paria en el vecindario debido al temor constante de su enfermedad infecciosa.

Estoy convencido que las consecuencias potenciales de una prueba de tuberculina positiva son más peligrosas que la amenaza

de la enfermedad. Considero que los padres deben rechazar esta prueba a menos que tengan un conocimiento específico de que su niño ha estado en contacto con un portador de la enfermedad.

SINDROME DE MUERTE REPENTINA INFANTIL

(SIDS en inglés)

En cualquier mente paterna existe el temor oculto de que alguna mañana al despertar ocurra la temible posibilidad de encontrar su bebé muerto en la cuna. A la ciencia médica aún le toca determinar con precisión la causa del SIDS, pero entre los investigadores la explicación más popular parece ser que el sistema nervioso central queda afectado de manera tal como para suprimir el acto involuntario de la respiración.

Esa es una explicación lógica, pero queda sin contestar la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que ha causado la disfunción en el sistema nervioso central? Mi sospecha, compartida por otros de mi profesión, es que las casi 10.000 muertes por SIDS que ocurren cada año en los Estados Unidos están relacionadas con una o más de las vacunas que se administran como rutina a los niños. La vacuna de la tos convulsa es el villano más probable, pero también podría ser una o más de las otras.

El Dr. William Torch de la Escuela de Medicina en la Universidad de Nevada en Reno, emitió un informe sugiriendo que la vacuna DPT (difteria - pertusis - tuberculosis) puede ser responsable por los casos de SIDS. Descubrió que dos tercios de 103 niños muertos por SIDS habían sido vacunados con la DPT en las tres semanas antes de sus muertes y muchos murieron el día después de la vacuna. El Dr. afirma que no se trata de una mera coincidencia, y concluye diciendo que *"sugiere una relación causal"* en por lo menos algunos casos de DPT y muerte en la cuna. En el informe también figuran las muertes en Tennessee, a las que ya me referí. En ese caso, el laboratorio que preparaba la vacuna, tuvo que solicitar la devolución de toda esa partida de vacunas después de ser intervenido por el Cirujano General de los Estados Unidos.

Más recientemente, en 1983, el departamento de pediatría

de la Escuela de Medicina UCLA y el departamento de salud del Condado de Los Angeles, informaron sobre otro estudio perturbador de 145 víctimas de SIDS. Entre éstos, 53 habían recibido la inmunización DPT en fechas aproximadas a sus muertes. 27 habían muerto 25 días después de ser inmunizados, 17 de éstos dentro de la semana de recibir la DPT y seis dentro de 24 horas de recibirla. Los investigadores concluyeron que estas revelaciones *"substanciaban adicionalmente una posible asociación"* entre las inoculaciones de DPT y el SIDS.

Las mujeres embarazadas preocupadas por el SIDS deben tener muy en cuenta la importancia de la lactancia materna para evitar esta y otras enfermedades graves. Hay evidencias de que los bebés amamantados son menos susceptibles a alergias, enfermedad respiratoria, gastroenteritis, hipocalcemia, obesidad, esclerosis múltiple y SIDS. Un estudio de literatura científica sobre el SIDS concluía que *"la lactancia materna puede ser considerada como un impedimento para las numerosas vías del SIDS"*.

POLIOMIELITIS

Ninguno que haya vivido a través de los años 1940 y vio fotos de niños en pulmotores y al Presidente de los Estados Unidos confinado en su silla de ruedas por esta terrible enfermedad, (a quien se prohibió usar las playas públicas por temor al contagio de la polio) puede olvidar el miedo prevalente en esa época. Hoy la polio es virtualmente inexistente, pero aún persiste gran parte del temor, y la creencia popular de que puede acreditarse la eliminación de la enfermedad a la vacuna. Eso no es sorprendente, considerando la potente campaña que promovió dicha inoculación, pero el hecho es que no existe evidencia científica verosímil de que la polio desapareció gracias a esta inmunización. Como ya señalé antes, también desapareció en otras partes del mundo donde la vacuna no se usó tan extensamente.

Lo que es importante para los padres de esta generación es la evidencia que culpa a la vacuna antipoliomielítica dada en forma masiva por la mayor parte de los casos remanentes de la enfermedad. En Septiembre de 1977, Jonas Salk, quien desarrolló

la vacuna antipoliomielítica de virus muerto, atestiguó junto con otros científicos a este efecto. Dijo que la mayor parte de los pocos casos de polio ocurridos en los Estados Unidos desde principios de los años 1970 eran probablemente subproducto de la vacuna antipoliomielítica viva de uso estandar en los Estados Unidos. En Finlandia y Suecia no hubo casos de polio en más de diez años, y allí se usa más exclusivamente la vacuna de virus muerto.

Mientras tanto está ocurriendo un debate entre los inmunólogos al respecto de los riesgos relativos de la vacuna de virus muerto verso vacuna de virus vivo. Los que apoyan la primera, aseguran que la responsabilidad de los casos ocasionales de polio que aparecen se deben a la vacuna de virus vivo. Los que apoyan el tipo de vacuna de virus vivo discuten que la vacuna de virus muerto ofrece una protección inadecuada y que hasta llegan a aumentar la susceptibilidad de los vacunados para la enfermedad.

Esto me permite la rara oportunidad de ser confortablemente neutro. Considero que ambas facciones tienen razón y que la utilización de una u otra vacuna aumentará, y no disminuirá, la posibilidad de que su hijo tenga la enfermedad.

¡En suma, parece que la mejor forma de proteger a su chico contra la polio es asegurarse de que no lo vacunen!

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Los síntomas de mononucleosis infecciosa son parecidos a los del resfrío común o la gripe, de manera que en sus etapas precoces es muy posible que no sea detectada o diagnosticada. Generalmente afecta a niños y jóvenes adultos, y si su chico es la víctima tendrá fiebre, ganglios inflamados, dolor de garganta, debilidad y fatiga. Al progresar la enfermedad, los síntomas también pueden incluir dolor abdominal, náuseas, dolor de cabeza, dolor de pecho, tos y varios otros síntomas menos comunes.

Si su chico tiene estos síntomas y persisten más allá del curso de un resfrío común, debe ir a ver al médico. Si el doctor sospecha una mononucleosis, probablemente solicitará un análisis

de sangre, que usualmente, pero no siempre, determinará una mononucleosis. Por lo general, la enfermedad dura unas tres semanas, pero en casos extremos puede persistir varias semanas y hasta meses.

El hecho de que durante sus etapas precoces la mononucleosis no pueda distinguirse de otras molestias como el resfrío común no debe preocuparle a Ud., porque no existe una droga o tratamiento específico para la enfermedad. El tratamiento es el mismo que le daría en cualquier caso — mantenerse en cama y bastantes fluidos. Algunos médicos recetan esteroides como la prednisona para la mononucleosis, pero considero que deben evitarse excepto en casos extremos de la enfermedad. Tienen graves efectos secundarios, como ya describí en el Capítulo XVII.

Capítulo XX

EL HOSPITAL: ¿DONDE VAN

LOS PACIENTES A ENFERMARSE!

A través de todo este libro he tratado de ayudarle a identificar enfermedades que requieren tratamiento médico y advertirle que el tratamiento puede ser más peligroso que la enfermedad que está tratando. Un consejo final necesario: *No permita que su hijo sea remitido a un hospital a menos que su condición sea tan grave como para poner su vida en peligro.*

Relativamente pocas molestias de la infancia requieren hospitalización, pero muchos niños son hospitalizados sin necesidad simplemente porque es más conveniente (o más provechoso) para el doctor. La mayor parte de las enfermedades y lesiones accidentales pueden ser tratadas tan eficazmente en la sala de primeros auxilios, en el consultorio del médico o en una clínica para pacientes externos, sin hospitalización, y su chico recibirá usualmente mejor y más segura atención en su casa.

Hay dos categorías principales de enfermedad que son especiales para los que solicitan tratamiento médico y particularmente para los que ingresan al hospital como resultado. Podrá Ud. no haber oído hablar de ninguna de las dos, porque sus denominaciones son raramente usadas por los médicos en presencia de sus pacientes. ¿Por qué? Porque *iatrogénico* es el término aplicado a las enfermedades y lesiones *causadas* por los médicos,

y *nosocomial*, el término que describe las infecciones adquiridas por los pacientes después de internarse en un hospital. Ambas constituyen grandes riesgos para su hijo si lo interna en un hospital.

Alrededor de dos millones de norteamericanos son admitidos cada año en los hospitales para atenderse de una enfermedad para acabar con otra. Las enfermedades que adquieren en el hospital son fatales para tanto como 20.000 internados. La cantidad que contrae enfermedades nosocomiales iguala a un 5 % de las admisiones hospitalarias. En otras palabras, si su chico se interna en un hospital por una molestia tiene una probabilidad sobre veinte de enfermarse de otra cosa antes de ser liberado. Además, existe una real posibilidad de que antes de que lo liberen, la enfermedad adquirida en el hospital lo mate. Si su internación fue debida a una enfermedad que amenazaba su vida, puede ser un riesgo aceptable, pero si su admisión no era esencial, es ciertamente un riesgo que su niño debe evitar.

Es poca la posibilidad de que estos riesgos sean revelados en las publicaciones que leen los pacientes, pero los médicos son bien conscientes de ello por los informes publicados en sus periódicos médicos. Uno de estos informes en el *Journal of the American Medical Association*, en 1978 decía lo siguiente acerca de la mortalidad y costo de las infecciones nosocomiales:

Se han utilizado pacientes con *bacteriemias* (infecciones bacterianas de la sangre) nosocomiales y otro grupo similar de pacientes para control sin esta infección, para determinar el exceso de costos y mortalidad hospitalaria atribuidos a bacteriemias nosocomiales. La mortalidad era 14 veces superior en los pacientes con bacteriemia nosocomial que los del grupo de control con los mismos diagnósticos primarios. El costo de un análisis, basado en 81 pares de control de casos, indicaba un exceso promedio de aproximadamente 3.600 dólares en costos hospitalarios directos en pacientes con bacteriemias nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales obligaron al paciente promedio a permanecer en el hospital 14 días adicionales. A las actuales elevadas tasas diarias la cifra de U\$S 3.600 podría duplicarse o triplicarse.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CONTRAIDAS EN HOSPITALES

Un estudio realizado hace 6 años en la sala de pediatría de un hospital reveló que *una sexta parte de los niños corrían el riesgo de adquirir enfermedades respiratorias durante su internación*. Hubo también incontables ocasiones de enfermedad epidémica entre niños internados en hospitales. En 1979, por ejemplo, dos niños murieron y otros tres sufrieron parálisis permanentes o perjuicio cerebral durante una erupción de meningitis en la sala de maternidad de un hospital de Florida. ¡En esta epidemia, y en la mayor parte de las otras, la erupción fue rastreada hasta llegar al hecho de que *el personal médico no se lavaba las manos!*

Hace ya más de un siglo desde que un facultativo húngaro llamado Ignaz Semmelweis descubrió que las muertes por *fiebre puerperal* resultaban debido a que los estudiantes médicos no se lavaban las manos. En general, el resultado de sus investigaciones fue rechazado por otros de su profesión, y Semmelweis fue relegado a la oscuridad, para finalmente morir en un asilo — presumiblemente por una infección hospitalaria. Aparentemente el personal médico es duro de aprender, porque aún hoy hay muchos que no han recibido el mensaje.

En 1981 se realizó un estudio que duró más de dos meses en unidades de terapia intensiva de un sanatorio privado y en un hospital de enseñanza afiliado a una universidad. Los investigadores observaron cómo los médicos, enfermeras y otro personal médico se lavaban las manos. El personal médico sólo se lavaba entre pacientes un 41 % del tiempo en el hospital de enseñanza y sólo 28 % de las veces en el sanatorio. Los médicos eran los peores, sólo se lavaban las manos en un 28 % de las veces en el hospital de enseñanza y un 14 % en el sanatorio.

Me dilato en esta materia porque deseo que el lector se desengañe de la noción — tan popular — de que un hospital es un santuario higiénico y esterilizado para su hijo. De hecho, como indican los estudios, a menudo las prácticas sanitarias del personal médico son abominables, y el mismo hospital es probablemente el lugar más cargado de gérmenes de la ciudad. Si no

lo puede evitar, puede por lo menos darse por enterado y exigir que se tomen precauciones sanitarias apropiadas para su hijo.

También en el hospital aumenta el riesgo de una enfermedad iatrogénica debido a que los médicos están tan fuertemente motivados por su instinto, entrenamiento y temor injustificado de juicios por malpraxis que emplean toda la tecnología médica disponible, aún cuando sea de valor dudoso en el diagnóstico y tratamiento. Todo lo que haga su médico presenta un riesgo agregado para su hijo. Cada aguja que inserta abre una nueva vía en el cuerpo para organismos infecciosos; cada droga que administra ofrece la posibilidad de peligrosos efectos secundarios; cada radiología que solicita aumenta la posibilidad de causar perjuicios inducidos por radiación en los años futuros de su hijo.

Incontables estudios han demostrado que las enfermedades iatrogénicas contraídas en hospitales no son fenómenos aislados. En uno de estos estudios se evaluaron 815 pacientes consecutivos en el servicio médico general del hospital de una universidad. Más de un tercio de aquellos — 36.9% — tenían una condición enfermiza causada por algo que le había producido un médico. Un total de 165 pacientes tenían una condición causada por médico y 125 tenían entre dos y siete condiciones iatrogénicas. Estas incluían complicaciones cardíacas y pulmonares, infecciones o inflamaciones, problemas gastro-intestinales, perjuicio nervioso, reacciones alérgicas, hemorragias y complicaciones metabólicas.

Durante por lo menos dos décadas, otros estudios informaron resultados similares. En 1963, un estudio de 1000 pacientes admitidos en un hospital universitario durante un período de ocho meses reveló que un 20 % de éstos habían adquirido una enfermedad iatrogénica durante su estadía. 51 % de las víctimas tenían complicaciones debidas a drogas y un 24 % eran secuelas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Las enfermedades debidas a complicaciones persistentes, errores de enfermeras y efectos negativos derivados de operaciones fueron excluidas del estudio; en ese caso las cifras hubiesen sido aún más chocantes.

IMPACTO EMOCIONAL DE LA HOSPITALIZACION

Los riesgos de una hospitalización para un niño pequeño no se limitan a la parte física. También pueden producirse consecuencias perjudiciales de carácter psicológico y emocional. Para un pequeño, la mera separación de su madre y familia por cualquier período de tiempo, puede ser una experiencia traumática. Cuando esta separación se asocia a la atmósfera pavorosa de un hospital, la experiencia es casi inevitablemente aterradora para un chico.

El perjuicio emocional y psicológico de una experiencia de este tipo no es siempre pasajera. La posibilidad de efectos a largo plazo es substancial, como señaló *Pediatrics*, el periódico de la Academia Norteamericana de Pediatría, en Noviembre de 1979:

Quando un niño pequeño debe ser hospitalizado, los efectos de esa experiencia pueden ser muy perjudiciales. Varios estudios han indicado que estos efectos pueden evidenciarse como perturbaciones de comportamiento, desarrollo regresivo, recuperación retardada y otras similares. Dos estudios realizados en Gran Bretaña proveen una evidencia impactante de que una internación en un hospital de más de una semana, o varias internaciones repetidas antes de los cinco años de edad, están asociadas con una incidencia creciente de perturbaciones de conducta a la edad de 10 años y durante la adolescencia.

Mi intención en este capítulo ha sido de alertarle a Ud. sobre los riesgos que enfrentará su hijo si permite que lo internen en un hospital. ¡Empero, también comprendo que uno de estos días su pediatra podrá insistir para internar a su hijo y deberá saber cómo contestar! ¿Qué debe hacer si llega ese día?

Primero, exija que su médico pruebe satisfactoriamente que las cosas que planea ejecutar en el hospital no pueden hacerse en su consultorio, en una sala de auxilios o en el hogar. Excepto en situaciones que amenazan la vida y que pueden necesitar una observación médica sofisticada las veinticuatro horas del día, no hay virtualmente ningún procedimiento diagnóstico que no

pueda llevarse a cabo como paciente externo y virtualmente ninguna enfermedad que no pueda ser tratada en el hogar por un familiar informado.

Segundo, si la internación es para un procedimiento quirúrgico, asegúrese de que es realmente necesario y que no puede ser proporcionado sobre una base externa, con la atención posterior realizada en el hogar. Como he indicado en otros capítulos, la mayor parte de las operaciones practicadas a niños son innecesarias y la mayor parte de las que lo son, pueden practicarse sin peligro y adecuadamente sin internar al chico. ¿Por qué arriesgar su hospitalización para una molestia, corriendo peligro de que tenga otra?

Tercero, si la internación es inevitable, no permita que su chico pase ni una hora solo. Si no puede Ud. acompañarlo, asegúrese de que lo haga otro rostro familiar o un observador atento. Familiarícese con las medicaciones y tratamientos que le han recetado y vigile al personal médico como un halcón para que no cometa errores. Son humanos y falibles y, a menudo, acosados, y a Ud. le toca defender al chico ante las consecuencias de la presión bajo la cual trabajan. No se deje intimidar por médicos o enfermeras. Exija información sobre las medicaciones y tratamientos que reciba su hijo, aprenda cuáles son los riesgos y efectos secundarios, esté alerta por cualquier deficiencia sanitaria y persista ante su médico para que libere al chico lo más pronto posible.

No le preocupe ser considerado una molestia por el personal del hospital. ¡Esta podría ser una reacción útil, porque así estarán ansiosos por devolver el chico a su hogar!

Capítulo XXI

COMO ELEGIR EL MEJOR MEDICO PARA SU CHICO

Ahora que Ud. conoce los riesgos que enfrenta su hijo si recibe tratamientos médicos innecesarios e inadecuados, podrá preguntarse cómo encontrar un pediatra concienzudo, minimizando así los riesgos. ¿Cómo identificar un pediatra que tratará adecuadamente al chico cuando necesita tratamiento y que le diga cándidamente que no cuando es innecesario?

No es tarea fácil, no tanto porque algunos médicos no sean éticos o competentes, sino debido al sistema en el cual se educan y funcionan. Para resumir lo dicho anteriormente, no olvide estos puntos:

1. Los médicos hacen lo que les han enseñado a hacer. Aunque la mayor parte de las enfermedades de la infancia son curadas por las propias defensas del cuerpo, los pediatras no han sido entrenados a permitir que la naturaleza siga su curso. Se les ha instruido a intervenir, y toda intervención acompaña su cuota de riesgos para su hijo.
2. Al revés de un mecánico concienzudo que *no arregla las cosas que no están rotas*, a la mayoría de los

médicos les parece difícil justificar sus emolumentos para una consulta si le dicen a Ud. que el chico no necesita atención médica. Reaccionan ante las percibidas expectativas paternas recetándole al niño medicina que no necesita o análisis no indicados, exponiéndolo así a los riesgos que virtualmente acompañan a todas las drogas y numerosos procedimientos de diagnóstico.

3. Aunque en este libro he puesto poca atención en el tema dinero, los médicos tienen necesidades financieras, especialmente al principio de sus carreras y casi mayores que las de cualquier otra profesión. En su mayor parte se embarcan en su carrera médica pesadamente agobiados con deudas producidas por sus enormes gastos educacionales y los costos de preparar su consultorio, etc. Tienen un fuerte, y a veces irresistible incentivo para aumentar sus entradas proveyendo servicios que su hijo no necesita.
4. Y cada vez más, este incentivo se incrementa por la creciente rivalidad dentro de la profesión médica. Los médicos emergen de las universidades en cantidades record y en las áreas donde en su mayor parte quieren practicar la demanda por médicos ya no iguala la existencia. En los Estados Unidos, las autoridades médicas responsables proyectan un exceso de 7.500 pediatras para el año 1990. Para poder mantener sus ingresos ante la decreciente oferta de pacientes, los médicos se ven obligados a aumentar el número de sus servicios para cada paciente que queda. Este incentivo aumentará incesantemente en los años venideros.

Esto me hace retornar a la pregunta que me formulan más frecuentemente: ¿Cómo puedo yo, un padre preocupado, elegir un pediatra concienzudo que proveerá una atención eficaz sin sobre-tratar a mi hijo?

Esta es una pregunta enredada, para la cual no hay una respuesta oportuna. El consejo tipo para aquellos que buscan un doctor es consultar la sociedad médica local. Allí le darán una lista de pediatras convenientemente localizados, pero no le dirán si valen lo que pesan, porque el AMA no mide el desempeño de

sus miembros. Quizá sea mejor que elija al azar.

Mi sugerencia es que inicie su búsqueda preguntando a varios de sus amigos qué pediatras o prácticas de grupo han usado. Elija uno con el cual la mayor parte de ellos se ha vinculado. Esto no le asegurará conseguir un pediatra competente y atento sin inclinaciones por exagerar los métodos médicos, pero mejorará las chances.

Una vez seleccionado el médico, observe estrechamente su conducta durante el tiempo que gasta con su hijo, manteniendo en mente lo aprendido en este libro. Estas son las cosas que debe Ud. vigilar para determinar si el pediatra que eligió para su hijo es el apropiado.

1. ¿Examinó bien a fondo a su hijo, tomándole una historia completa durante la primera visita al consultorio?
2. ¿Le ha solicitado en ésta y otras visitas que le cuente sus observaciones acerca de la condición física y emocional de su chico? Esta es una parte vital de la historia que ningún médico debe soslayar.
3. ¿Cada vez que Ud. formula una pregunta, *escucha* lo que Ud. tiene que decir? Muchos médicos no lo hacen.
4. ¿Contesta sus preguntas voluntariamente, reflexivamente y cabalmente o es que las descarta y no le hace caso?
5. ¿Se relaciona calurosamente con su hijo y gana su confianza y afecto desde el principio?
6. ¿Le ofrece una prescripción o es suficientemente honrado como para admitir que sabe que su hijo no necesita nada?
7. ¿Explica cabalmente los peligros y efectos secundarios de las medicaciones e inmunizaciones que prescribe?
8. ¿Sus visitas al consultorio son tratadas como ejercicios rutinarios de administración de píldora, o es que evidencia un real interés, aconsejándole cómo mantener la salud de su chico?
9. ¿Cuando Ud. le formula una pregunta, tiene alguna vez suficiente integridad para decir "no sé"?
10. ¿Responde prontamente cuando una emergencia le obliga a Ud. a llamarlo por teléfono?

Considérese afortunado si acierta con el médico apropiado en su primer intento. Si el primer pediatra que visita no se conforma a las reglas enunciadas más arriba, comparta con él su preocupación. Si ha encontrado Ud. el médico apropiado, respetará su sinceridad y tratará de ajustarse a sus necesidades. Si no es así, busque otro doctor y vuelva a probar. Antes de encontrar el médico apropiado podrá Ud. frustrarse como Diógenes, pero su hijo merece todos sus esfuerzos necesarios para asegurar la atención médica más competente.

Pero siempre mantenga en mente que Ud. y no el médico, es el actor principal en todo lo que toca a la salud de su hijo. El médico apropiado podrá ayudarlo cuando está gravemente enfermo, pero Ud. tiene la oportunidad y responsabilidad de cuidar su salud.

Referencias del Autor

CAPITULO III

Se discuten los defectos de las visitas periódicas del bebé al pediatra en un comentario por el Dr. Robert A. Hoekelman, del Departamento de Pediatría de la Universidad de Rochester y referencias que cita en la revista *Pediatrics*, Diciembre de 1980.

CAPITULO IV

Para una información adicional sobre los peligros de la desnutrición durante el embarazo, ver *What Every Pregnant Woman should Know: The Truth About Diets and Pregnancy*, por Gail S. Brewer y el Dr. Tom Brewer, Random House, 1977.

Se encontrará el estudio del Dr. Lewis Mehl sobre "Resultados Estadísticos del Parto Hogareño en los Estados Unidos", en *Safe Alternatives in Childbirth*, por David Stewart, Ph. D., NAP-SAC, Marble Hill, MO, 1976.

Pueden encontrarse inquietudes sobre la seguridad y valor del diagnóstico por ultrasonido en el Informe No. 22 sobre

Criterios de Salud Ambiental, en *Ultrasound*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1982. Ver asimismo el artículo "Una Forma Segura de Radiación Hace Surgir Nuevas Inquietudes", por Philip M. Boffey, *The New York Times*, Agosto 2, 1983.

La conjuntivitis química en bebés tratados con nitrato de plata es discutida en el *Merck Manual*, edición 14, publicada por Merck, Sharp & Dohme.

Los peligros y efectos secundarios de la exposición infantil a las luces de bilirrubina fueron informados en 1979 por el Dr. James Sidbury, director científico del National Institute of Child Health and Human Development, Bethesda. También fueron discutidos en el *Yearbook of Pediatrics*, 1977 y 1978, editado por el Dr. Sydney S. Gellis.

El desatino que significa exponer el recién nacido a los riesgos de baños con hexaclorofene fue revelado en una evaluación del Dr. N.M. Kanof, presidente del Comité de la Asociación Norteamericana de Medicina sobre Salud Cutánea y Cosmética en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1972, Vol. 220, página 409: "Parece no haber necesidad de aplicar algún agente antibacteriano sobre la superficie cutánea de un recién nacido normal. La contaminación en la sala de maternidad puede controlarse utilizando agentes antibacterianos en la sala de partos, equipo y personal — las fuentes de infección." ; *Una razón más para tener el parto en casa!*

El valor de la administración rutinaria de vitamina K en el recién nacido fue descontado por los Dres. J.M. Van Doorm, A.D. Muller, y H.C. Hemker en *The Lancet*, Abril 17, 1977: "Nuestra conclusión es que el bebé saludable, en contra de la creencia popular, no tendrá una deficiencia de vitamina K . . . la administración de dicha vitamina al recién nacido no es apoyada por nuestros descubrimientos".

El impacto negativo sobre el amamantamiento de suplementar la alimentación del bebé con productos de fórmula en la sala de maternidad es descrito por el Dr. Waldo Nelson, en *Textbook of Pediatrics*, 7a. edición, página 117: "Se pone un exceso de énfasis sobre los aumentos diarios de peso. Si se dan raciones complementarias de leche de vaca o fórmula para alcanzar

esta falsa meta, todo esfuerzo para un amamantamiento exitoso está condenado al fracaso, ya que por lo general es más fácil para el bebé tomar una mamadera que tomar de la mama".

Numerosos estudios indican que el contacto con la piel materna inmediatamente después del parto es tan efectivo o más que colocar el recién nacido en una incubadora. Un estudio incluye el realizado por Hill and Shronk, *Journal of Obstetrics*, Setiembre/Octubre 1979, y otro por J. Fardig, "Una Comparación Entre el Contacto de Piel con Piel y la Incubadora para Promover Termoregulación Neonatal", *Journal of Nurse/Midwifery*, Enero/Febrero, 1980.

CAPITULO V

Las autoridades que han notado la relación entre la obesidad infantil y la alimentación por mamadera con fórmula incluyen el Dr. Donald Naismith, un nutricionista en el Hospital Queen Elizabeth de Londres; el Dr. David M. Paige, de la Escuela de Medicina de John Hopkins y muchos otros. La relación entre la obesidad del bebé e infantil con la obesidad adulta también ha sido extensamente documentada y discutida plenamente por el Dr. Simeon Margolies en una "Charla sobre la Obesidad" presentada en la Facultad John Hopkins.

En el *New England Journal of Medicine* se discutieron los datos sobre aumento óptimo de peso durante el embarazo y su papel en la producción de leche materna. Esta discusión estuvo a cargo del Dr. George V. Mann, de la Universidad de Vanderbilt, en 1974.

La incidencia de desnutrición en hospitales fue ampliamente informada en los periódicos médicos. Los estudios aquí citados fueron informados por el Dr. Mark Raifman, director de pediatría en el Centro del Hospital Península en Far Rockaway, Nueva York y por Mary Price-Moissand, profesora asistente en dietética médica en la Universidad de Illinois, en la reunión anual de la Asociación Norteamericana de Salud Pública.

CAPITULO VII

Para una información adicional sobre convulsiones febriles puede leerse un artículo del Dr. Barton D. Schmitt, en el *American Journal of Diseases of Children*, Febrero de 1980, y "Prognosis en Niños con Ataques Febriles" por Karin B. Nelson y Jonas H. Ellenberg, en *Pediatrics*, Mayo de 1978.

Para una discusión sobre las consecuencias de una terapia de drogas a largo plazo para evitar ataques, ver "Maintenance of Drug Therapy", por el Dr. Samuel Livingston y otros, *Pediatric Annals*, Abril de 1979.

CAPITULO X

"Utilización de Antibióticos en el Centro Médico de la Universidad Duke", un informe sobre el uso indiscriminado de antibióticos en un hospital, por la enfermera Mary Castle, la Dra. Catherine M. Wilfet, y los Dres. Thomas R. Cate, y Suydan Osterhout; fue publicado en *JAMA* en Junio 27, 1977. Es sólo uno entre numerosos otros estudios similares en distintos hospitales en los Estados Unidos.

Un informe de la Unidad Farmacológica Clínica del Colegio de Medicina de la Universidad de Vermont, publicado en *Pediatrics for the Clinician*, en 1975, ofrece información adicional sobre el "Mal Uso de Antibióticos para el Tratamiento de Infecciones Respiratorias en Niños".

CAPITULO XI

La presencia de estreptococos en las gargantas de un 20 % de los escolares está documentada en la pág. 246 del Informe del Comité sobre Enfermedades Infecciosas de la Academia Norteamericana de Pediatría (1982).

CAPITULO XII

Un estudio crítico sobre el uso de antibióticos y timpanostomía para el tratamiento de infecciones de oído fue publicado en *The Lancet*, en Octubre de 1981. Informe sobre un estudio separado llevado a cabo por tres médicos holandeses, F.L. Van Buchem, J.H.M. Dunk, y M.A. Van't Hof.

Un estudio sobre los peligros del uso indiscriminado de tubos de timpanostomía para el tratamiento de infecciones de oído fue informado en el *British Medical Journal*, en 1981.

CAPITULO XIII

Se encontrarán los datos sobre la prescripción inapropiada de lentes para niños junto con otras deficiencias en la atención pediátrica en *Assessment of Medical Care for Children: Contrasts in Health Status, Vol. 3*, por David M. Kessner, Carolyn Kalk Snow, y James Singer, Instituto de Medicina, Academia Nacional de las Ciencias (Estados Unidos), 1974.

CAPITULO XIV

Los resultados desalentadores de tratamientos de dermo-abrasión para cicatrizar el acné fueron informados por M. Spira, Colegio de Medicina de la Universidad de Baylor, en *Plastic and Reconstruction Surgery*, Julio de 1977.

La incidencia estadística de efectos secundarios del Accutane fueron informados en el *Drug Bulletin*, del FDA, en Julio de 1983.

CAPITULO XV

Los datos sobre gastos innecesarios para calzado infantil y la afirmación de que las zapatillas de lona baratas son adecuadas como calzado básico provienen de un informe del Dr. Jeffrey Weiss, del Colegio Médico Jefferson, en Filadelfia, dirigido a la Asociación Ambulatoria de Pediatría.

CAPITULO XVI

Ray E. Helfer y Thomas L. Slovis de la Universidad del Estado de Michigan informaron en 1977 de un estudio sobre lesiones sufridas por niños de cinco años o menos que cayeron de su cama. En un 80 % de los casos no hubo lesiones; un 17 % tuvo pequeñas magulladuras y rasguños; sólo un 3 % tuvo fracturas de huesos o cráneo que necesitaban atención médica y no hubo lesiones que amenazaran la vida o que produjeran perjuicios permanentes al niño.

La elevada incidencia de fracturas de hueso entre pacientes recibiendo tratamiento de esteroides para el asma fue informada en un estudio realizado por los Dres. Allen D. Adinoff, y J. Roger Hollister, del Centro Nacional del Asma en Denver, estado de Colorado.

CAPITULO XVIII

Un estudio de treinta años de duración sobre el efecto de asesoramientos psicológicos a jóvenes, fue informado en un encuentro de la Asociación Norteamericana de Servicios Psiquiátricos para Niños, en 1979. Fue llevado a cabo por Joan McCord de la Universidad de Drexel.

Para una información adicional sobre enfoques nutricionales para el tratamiento del mongolismo, ver *Medical Treatment of Mongolism*, por el Dr. Henry Turkel, en *Trámites del Segundo Congreso Internacional sobre Retardo Mental*, (Viena, 1961) y *¿Pueden los Suplementos Nutricionales Ayudar a Niños Mentalmente Retardados? : Estudio Exploratorio*, *Trámites de la Academia Nacional de Ciencias*, Estados Unidos, Vol. 70, Enero de 1981.

CAPITULO XIX

Puede encontrarse documentación adicional sobre la declinación en la incidencia de varias enfermedades con anterioridad a la introducción de vacunas en "El Caso Contra las Inmunizaciones" por el Dr. Richard Moskowitz, en el *Journal* del Instituto

Norteamericano de Homeopatía (mayo, 1983). En este hubo referencias a varios estudios significativos.

Los efectos de las vacunas sobre la respuesta inmunológica y otros casos de inmunizaciones son discutidos en *Vaccinations and Immune Malfunctions*, por el Dr. Harold E. Buttram, y John Chriss Hoffman, Humanitarian Publishing Co., Quakertown, PA, 1982.

El estudio de Los Angeles sobre la relación entre la inmunización DPT y el Síndrome de Muerte Repentina Infantil fue llevado a cabo por el Dr. Larry Baraff, y otros y fue informado en *Pediatric Infectious Disease*, Enero de 1983.

Una crítica sobre la vacuna contra la pertusis se encuentra en "Vaccination Against Whooping Cough: Efficiency vs. Risks" por el Dr. Gordon T. Stewart, *The Lancet*, Enero de 1977. Se encontrarán nuevas discusiones sobre los riesgos y beneficios de la vacuna DPT en el documento llamado *Current Problems in Pediatrics*, emitido por el Dr. Vincent A. Fulginiti, del Colegio de Medicina de la Universidad de Arizona, Abril de 1977.

En el artículo denominado "Amamantamiento y la Prevención del Síndrome de Muerte Repentina Infantil" por el Dr. David A. Birnbaum, en *Medical Trial Technique Quarterly*, primavera de 1978, se explica el valor del amamantamiento en la prevención de la enfermedad.

En *JAMA*, Febrero 20, 1981, se dan detalles sobre la relucancia del personal médico de California a ser vacunado contra la rubeola.

Un informe por el Dr. Gordon T. Stewart sobre las muertes por SIDS en Tennessee luego de la inmunización DPT fue publicado en *The Lancet*, Agosto 18, 1979.

CAPITULO XX

En *JAMA*, de Noviembre 24, 1978 se discuten reveladores estudios de infecciones adquiridas en hospitales, y también en el artículo: "Enfermedad Virósica Adquirida en Hospital en una Sala Pediátrica", en *Pediatrics*, Septiembre de 1979.

Las costumbres descuidadas sobre lavarse las manos del personal de hospital son tema de un estudio: "Pautas de Lavamanos

en Unidades Médicas de Terapia Intensiva", *New England Journal of Medicine*, Junio 11, 1981.

REFERENCIAS GENERALES

Las personas interesadas en adquirir informaciones adicionales sobre las deficiencias de la "Ciencia Médica" pueden referirse a estos libros recientes:

Betrayers of the Truth, Fraud and Deceit in the Halls of Science, por William Broad y Nicholas Wade, Simon & Schuster, Nueva York, 1982.

Health Shock: How to Avoid Ineffective and Hazardous Medical Treatment, por Martin Weitz, Prentice-Hall, Nueva York, 1982.

Medicine Out of Control: The Anatomy of a Malignant Technology, por Richard Taylor, Sun Books, Melbourne, 1979.

ALGO MAS SOBRE EL VINCULO ENTRE EL "SIDA" Y LA VACUNA ANTIVARIOLICA

¿Ha leído Ud. en su periódico algo respecto al vínculo entre la epidemia de SIDA y las vacunas? ¿Ha visto u oído en la televisión o la radio informes sobre el tema?

El Dr. Gallo informó al *London Times* (mayo 11, 1987): "El vínculo entre el programa de WHO (Organización Mundial de la Salud) para erradicar la viruela en los países del Tercer Mundo y la epidemia de SIDA en Africa es una hipótesis interesante e importante. No puedo afirmar absolutamente qué ocurrió, pero desde hace unos años he estado diciendo que el uso de vacunas vivientes tales como la antivariólica pueden activar una infección latente como la HIV".

Muy rápidamente los científicos gubernamentales culparon los estilos de vida de la gente. "Uds. no tienen parejas sexuales adecuadas", "No usan suficientemente el preservativo", etc. Pero en ninguna parte en las planas principales de los periódicos de Estados Unidos se ha formulado la menor posibilidad de que los médicos puedan haber jugado un papel por lo menos igualmente importante en difundir el SIDA como el de la gente.

Veán Uds. con cuanta precipitación los médicos del gobierno culpan a los drogadictos por difundir el SIDA al compartir sus agujas. ¿Pero acaso le han dicho que en la reciente campaña antivariólica del WHO se usaron las mismas agujas 40 - 60 veces? El principal método de "esterilización" era pasar la aguja sobre una llama. Los médicos son rápidos en el juego de "culpar a la víctima", ¿pero qué ocurre si averiguamos que los mismos médicos son responsables por el problema en el que se encuentran las víctimas?

La información de la WHO indica que la tábula de Africa Central concuerda con la concentración de vacunas antivariólicas, o sea que la mayor difusión de infección por HIV coincide con los programas antivariólicos más intensos. Zaire ha inmunizado 36 millones con la antivariólica. Luego viene Zambia con 19 millones, seguida por Tanzania con 15 millones, Uganda 11 millones, Malawa 8, Ruanda 3.3 y Burundi 3.2 millones.

Brasil, el único país sudamericano cubierto por la campaña de erradicación variólica, tiene la más alta incidencia de SIDA en Sud América.

Esta teoría de que la epidemia de SIDA en Africa puede haber sido disparada por el programa de vacuna antivariólica de la Organización Mundial de la Salud, ha suscitado intensos debates entre los científicos.

Según el profesor Oswald Jarret, un investigador del SIDA en la Universidad de Glasgow, en Escocia: "Necesitamos saber si es que el virus se ha dispersado de un grupo pequeño de gente a un grupo más grande a través de programas de inmunización"; y el Dr. Lawrence Gerlis, un investigador clínico del Sida, agrega: "La evidencia circunstancial previa parece

más persuasiva luego de la investigación reciente indicando que el SIDA puede ser estimulado por la vacuna antivariólica".

Otro médico ha hablado sobre la posible relación entre la epidemia de SIDA y las vacunas. El Dr. Robert Streker, de Pasadena, considera que el SIDA se transmite a través de las vacunas.

Además, Jerry Rifkin, un activista médico en Washington ha solicitado a los Institutos Nacionales de la Salud que examinen las reservas mundiales de vacunas humanas para constatar si están contaminadas con virus animales que pudieran causar el SIDA.

¿Cómo pueden entrar en las vacunas los virus animales? Se afeita el vientre de un ternero y luego se le practican varios cortes en la piel. En dichos cortes se agregan vacunas antivariólicas previas, permitiendo que se infecten durante unos días. Durante ese período, el ternero es mantenido en un brete para que no pueda lamerse el vientre. Luego lo llevan a una mesa y lo amarran. Le raspan el pus y las cicatrices del vientre, y con eso hacen un polvo. Este polvo constituye el próximo suministro de vacuna antivariólica.

Y no crea Ud. que la antivariólica, que ya en general no se da en los Estados Unidos, sea la única vacuna sospechosa. Hace diez años, William Bennet, editor médico de la Harvard University Press, escribió en el "The Atlantic Monthly" (febrero 1976), que el virus SV40 (que proviene de monos — SV significa 'virus simio' — fue usado, junto con su riñón huésped de mono, durante los años 50 y 60 en la manufactura de vacunas antipoliomielíticas y otras.

Yo suelo decir: "Cuando de medicamentos se trata, siempre que uno piense que las cosas andan mal, en general están peor".

Estas nuevas revelaciones son poderosas evidencias de que las vacunas son aún más horribles de lo que jamás me imaginé.

Dr. ROBERT MENDELSON

LIBROS SOBRE MACROBIOTICA Y CIENCIAS NATURALES

Georges Ohsawa	<ul style="list-style-type: none"> El Orden del Universo El Libro del Judo Extracción de la "Guía Práctica de la Medicina Dietética Macrobiótica de Extremo Oriente" Filosofía de la Medicina de Extremo Oriente Jack y Milla en la Jungla llamada Civilización La Era Atómica y la Filosofía de Extremo Oriente Zen Macrobiótico
Lima Ohsawa	<ul style="list-style-type: none"> La Cocina Macrobiótica
Fund. Macrobi. G. Ohsawa	<ul style="list-style-type: none"> Primer Libro de Cocina Macrobiótica
Cornelia Ahara	<ul style="list-style-type: none"> El Libro de Cocina Macrobiótica de Chico-San
R. E. Kotzsch	<ul style="list-style-type: none"> Georges Ohsawa y la Tradición Religiosa del Japón
Michio Kushi	<ul style="list-style-type: none"> Astrología Oriental Cura Natural Diagnóstico Oriental Dieta Preventiva del Cáncer El Embarazo Macrobiótico y Crianza Introducción a la Filosofía y Medicina Oriental (1 y 2) La Dieta para un Corazón Fuerte Libro de la Macrobiótica Prácticas Espirituales
Aveline Kushi	<ul style="list-style-type: none"> El Libro de las 4 Estaciones — Cocina Macrobiótica
Kikuo Chishima	<ul style="list-style-type: none"> Revolución de la Biología y Medicina
Naboru Muramoto	<ul style="list-style-type: none"> Medicina Oriental Inmunología Natural — SIDA
William Duffy	<ul style="list-style-type: none"> Super Blues
Dirk Benedict	<ul style="list-style-type: none"> Confesiones de un Cowboy Kamikaze
Dr. Keiso Hashimoto	<ul style="list-style-type: none"> Sotai — Ejercicio Natural
Dr. Robert Mendelsohn	<ul style="list-style-type: none"> Cómo Criar un Hijo Sano, a Pesar de su Médico
Tom Monte	<ul style="list-style-type: none"> La Vía de la Esperanza
Centro Macrobiótico Maldonado	<ul style="list-style-type: none"> Informes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 Guía Práctica Macrobiótica y Recetas Revista Bimensual: Vida Macrobiótica Al Bordo del Abismo
Y. Yamamoto — P. McCarty	<ul style="list-style-type: none"> El Shiksha Práctico

DISTRIBUCION INTERNACIONAL

Centro Macrobiótico de Maldonado
Rincón 615 — Tel. 2 18 84
Maldonado (20.000) — Fax 0842-8368 — Uruguay

VENTA DE LIBROS SOBRE MACROBIOTICA Y CIENCIAS NATURALES

EN URUGUAY:

Tristán Narvaja 1023 — Montevideo
Macroville — 18 de Julio 1339 — Torre Galería Jardín — Local 004 — Montevideo
Rincón 615 — Maldonado

EN LA ARGENTINA:

Editorial Kier — Santa Fe 1260 — Buenos Aires
HERNAN SALAS — Gurruchaga 1113 — Capital Federal
Tel.: 983 7749 ó 774 1210

De manera diferente a otros libros sobre salud infantil, esta nueva e importante obra del Dr. Mendelsohn no utiliza "vea a su doctor" como línea de fondo. En vez, subraya que "las madres, abuelas y la Madre Naturaleza" son los mejores médicos y que por lo general toda intervención médica debería ser el último recurso para un niño enfermo.

Este libro básicamente busca equipar a los padres para asumir el papel médico principal en la vida de los hijos. El doctor lo hace con su acostumbrada presentación un tanto provocativa, fácil de leer y no técnica, cubriendo todo lo que precisan saber los padres sobre los síntomas y enfermedades más importantes experimentadas por el niño. Se incluyen capítulos sobre la crianza y el desarrollo, problemas ortopédicos, enfermedades de la infancia, resfrios y gripes, infecciones de garganta, inoculaciones, problemas de visión y audición, nutrición, alergias, problemas de piel y emocionales.

